


22102110210




# TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DU

# MASSAGE

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A. Majesté

# TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DU

# MASSAGE




PAR


Le Dr G. NORSTRÖM

DE STOCKHOLM


---

*2e édition entièrement refondue*

---


PARIS

CHEZ LECROSNIER ET BABÉ

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1891

M17355




# PRÉFACE DE LA 2e ÉDITION

Le mot massage, disais-je dans la première édition de ce livre parue en 1884, est un mot français, les termes techniques usités à propos de lui sont des termes français ; les premiers travaux auxquels il a donné lieu dans les temps modernes ont été des travaux français. A partir de 1870, les choses ont totalement changé ; on trouve de loin en loin, dans les journaux médicaux de ce pays, des articles rappelant que, dans un cas parfaitement circonscrit, on a fait du massage et qu'on a obtenu quelque chose d'avantageux ; mais les mémoires de Phélippeaux, d'Estradère, de Dally n'ont pas été repris. Je terminais mon avant-propos en disant :

« Nous serions trop heureux si ce travail, destiné à la vulgarisation d'une méthode née en France, mais grandie et sûre d'elle-même aujourd'hui qu'elle a fait son tour d'Europe, pouvait faire partager nos convictions et amener nos confrères à expérimenter par eux-mêmes une ressource précieuse dont beaucoup sont malheureusement privés aujourd'hui. »

Ces lignes montraient mon but. Je ne pouvais pas donner un cachet exclusivement personnel à une œuvre destinée à la vulgarisation, destinée à montrer

ce que le massage était devenu, sous l'influence de Mezger et de ses élèves. Mon livre renfermait des observations personnelles, mais il en renfermait un plus grand nombre encore que j'avais empruntées à la littérature de différentes contrées de l'Europe, surtout des pays scandinaves. Je m'étais borné à appuyer de mon témoignage l'autorité de tel ou tel médecin bien connu dans la science, auquel le massage avait réussi. La tentative que j'avais faite quelques années auparavant pour faire connaître la méthode de Brandt dont on n'avait guère entendu parler jusque-là, avait si mal tourné, que j'étais devenu d'une circonspection extrême pour parler du massage ; je tenais à bien prouver que si je proposais de l'appliquer au traitement d'affections déterminées, c'est qu'avec lui des praticiens dont la bonne foi scientifique était au dessus de tout soupçon avaient guéri des malades. Mon livre fut assez bien reçu ; presque tous les journaux médicaux en parlèrent. Certaines critiques furent justes, impartiales et si fondées que j'en ai tenu compte ; d'autres furent moins favorables, d'autres furent franchement malveillantes.

Le public professionnel ne paraît pas avoir adopté la manière de voir de leurs auteurs ; il a lu le livre, et fait bon accueil à la méthode. La première édition fut épuisée en moins de deux ans. Des médecins français honorables instruits ne considè-

rent plus le massage comme indigne d'eux : d'anciens internes des hôpitaux l'appliquent systématiquement et avec succès : les maîtres commencent à le connaître et à le recommander. On masse d'une façon courante dans la plupart des maladies chroniques des articulations, ce qu'on ne faisait auparavant qu'à titre exceptionnel. On masse dans les fractures, ce qu'on n'avait jamais fait ; on masse dans bien des affections limitées du système musculaire auxquelles on ne songeait guère ; on utilise même le massage dans les maladies des yeux, des oreilles, du larynx et, si je ne me trompe, il est en train de prendre sa place en gynécologie. Je ne veux pas exagérer mon rôle et m'attribuer dans l'adoption générale du procédé une part qui ne me revient pas, mais je suis fier d'avoir été un des premiers avocats d'une bonne méthode, de l'avoir défendue à une époque où elle était tenue en suspicion ou rejetée.

Cette seconde édition diffère notablement de la première ; sept années d'expérience m'ont donné une confiance en moi-même que je n'avais pas. Sur bien des points à propos desquels je faisais des réserves, je suis complètement et radicalement affirmatif ; en revanche, j'ai laissé de côté des chapitres entiers relatifs à des sujets sur lesquels je n'avais que peu ou point de faits personnels. J'ai changé l'orientation et l'optique de l'ensemble : au

lieu d'ajouter mon propre témoignage à 20 autres, j'ai donné des faits, je les ai interprétés et, quand cela m'a paru nécessaire, appuyés sur l'opinion d'autrui. J'ai utilisé les monographies, que j'ai publiées depuis ma première édition, sur le traitement par le massage de certaines formes de céphalalgie, des raideurs articulaires, des affections de l'utérus. Je puis donc dire qu'en 1884 j'avais surtout l'intention de donner un livre d'exposition et que j'ai cette fois tâché de faire rentrer dans le même cadre un travail aussi personnel et aussi original que possible. Je me suis servi surtout des faits de ma pratique; je n'ai eu recours à autrui que dans les cas ou j'en avais trop peu ; je n'ai gardé des emprunts faits à la littérature que ce qui me paraissait indispensable à la démonstration et à la clarté du texte. J'espère que ces modifications ont augmenté l'intérêt général de l'ouvrage et que le public voudra bien faire à cette seconde édition le même accueil qu'à la première.

Paris, 1er juillet 1891.

# LE MASSAGE

## CHAPITRE PREMIER

### Aperçu historique sur le Massage.

*Massage et gymnastique dans l'antiquité. — Applications hygiéniques et applications thérapeutiques. — Herodicos et Prodicos de Sélymbrie. — Ce que pensaient les médecins : Hippocrate, Antylos, Galien. — Abandon au moyen-âge. — Thaumaturges et masseurs. — Massage et gymnastique étudiés de nouveau, à partir du XVIe siècle. — Ecrivains de notre temps antérieurs à Mezger. — Influence qu'il a exercée.*

Si l'on voulait étudier à fond l'histoire des procédés thérapeutiques décrits aujourd'hui, sous le nom générique de massage, on rencontrerait des difficultés qu'on ne soupçonne pas. En lisant tous les livres consacrés à la question, on serait surpris d'y rencontrer pas mal de contradictions et de paradoxes Il s'agit pourtant d'une méthode empirique, appliquée par les médecins et les praticiens populaires ; on agissait sans idée préconçue, parce que le mas-

sage avait guéri dans un cas qui ressemblait à celui qu'on avait sous les yeux; les interprétations doctrinales intervenaient plus tard. Comment massait-on? Dans l'antiquité comme de nos jours chaque praticien avait ses principes, parfois si compliqués qu'il fallait de véritables tours de force mnémotechniques pour les retenir. Il paraît cependant qu'on a appliqué et décrit le massage à peu près dans les mêmes conditions aux différentes époques de la médecine.

1° Comme procédé hygiénique, adjuvant de la gymnastique; dans ces conditions, les médecins le dédaignent et en tiennent peu de compte.

2° Un empirique convaincu montre que la gymnastique est salutaire dans un certain nombre d'affections; il appelle bruyamment l'attention sur elle, et, pendant quelques années, on en attend plus qu'elle ne peut donner; on en abuse et on l'abandonne.

3° Les médecins interviennent avec mesure et prudence; ils s'efforcent d'établir une classification des procédés; distinguent la gymnastique hygiénique de la gymnastique appliquée au traitement des maladies et détachent de celle-ci les manipulations locales que le médecin applique lui-même ou fait appliquer sous ses yeux.

La gymnastique comprenait des procédés d'entraînement chers aux athlètes; ils employaient tout ce

qu'ils supposaient à tort ou à raison capable de développer le sens musculaire, d'augmenter l'énergie physique, de favoriser la nutrition générale. Pour les médecins, c'était un des meilleurs moyens de conserver les forces. Hippocrate a un chapitre sur la gymnastique ; Antyllos énumère avec complaisance les procédés qu'elle comporte ; Galien y revient à différentes reprises.

Ce fut un empirique, un certain Herodicos, qui voulut modifier la conception générale et faire de ce que l'on regardait seulement comme une mesure d'hygiène, un moyen thérapeutique à indications précises. Herodicos était un moniteur de gymnastique valétudinaire atteint d'une affection que les médecins avaient déclarée incurable. A force de répéter les mouvements qu'il enseignait, il se guérit[1] et devint chef d'une secte nouvelle, celle des gymnastes qui traitaient tout par le massage et les mouvements systématisés. Plus tard, la iatraleptique, c'est-à-dire la médication par les frictions seules, s'en détacha. De tout temps, elles avaient fait partie intégrante des exercices un peu sérieux ; on frictionnait avant la lutte, après le bain. Cette besogne qui n'avait rien de médical était abandonnée aux esclaves. Prodicos de Selymbrie montra d'après Pline, le parti qu'on pouvait en tirer, au point de vue thérapeu-

1. Platon. *De la République.*

tique[1] ; c'est peut-être le premier vulgarisateur du massage ; je dis vulgarisateur et non inventeur, car on en avait fait longtemps avant lui.

Hippocrate l'employait contre la raideur articulaire consécutive à la luxation de l'épaule[2].

« Il faut masser doucement et avec persistance. Le médecin doit posséder l'expérience de beaucoup de choses, et entre autres, du massage ; le mal restant le même, le résultat est loin de l'être : le massage resserrera une articulation trop lâche et relâchera une articulation trop rigide ; mais nous déterminerons les règles du massage dans un autre traité. Il convient de masser une épaule dans cet état avec des mains douces, et dans tous les cas avec ménagement. On communiquera des mouvements à l'articulation, sans violence, mais autant que cela se pourra sans douleur. Le rétablissement est complet tantôt après un temps plus long, tantôt après un temps plus court. »

Le massage tenait dans la thérapeutique chirurgicale des Grecs une place plus importante qu'on ne serait tenté de le croire si l'on s'en tenait à ce texte. Nous savons pourquoi l'auteur s'est dispensé d'en parler plus souvent : il avait écrit ou il avait eu l'intention d'écrire un livre sur lui ? Ce livre a-t-il été perdu comme tant d'autres ? On ne saurait le dire. Il est peu probable que

1 *Histoire naturelle*, lib. XXIX, cap. I et lib. XXVIII, cap. IV.

2. Éd. Littré, t. IV, p. 103.

les deux lignes qui l'annoncent aient été interpolées par un copiste d'une époque ultérieure. Il est question ailleurs, dans Hippocrate, de manipulations curatives : « Une fièvre continue saisit la femme d'un jardinier à Élis ; buvant des remèdes évacuants, elle ne fut aucunement soulagée. Dans le ventre, au-dessus de l'ombilic, était une dureté s'élevant et causant de violentes douleurs : cette dureté fut malaxée fortement avec les mains enduites d'huile ; ensuite du sang fut évacué en abondance par le bas. Cette femme se rétablit et guérit. »

D'autres avaient recours aux manipulations ; Proxagoras, le maître d'Hérophile, en faisait dans les hernies et l'étranglement interne, Cœlius Aurelianus le lui reproche vertement : « Il a plus de chance, dit-il, de tuer les malades que de les guérir [1]. » Cet auteur restreignait singulièrement les indications du massage. Asclépiade de Bethynie avait dit que dans ces maladies aiguës il fallait frictionner les parties douloureuses autant qu'elles peuvent le tolérer. « La friction, dit Cœlius, est un moyen à employer dans les maladies chroniques et non dans les maladies aiguës, si surtout on la fait, comme le veut Asclépiade, énergiquement et longtemps. Les

1. ... *Quo probatur magnificam mortem Proxagoras magis quam curationem voluisse scribere. Acut. morb. lib. III. Ed.* Weston, Amsterdam, 1723, p. 244.

choses qu'il ordonne ne concordent point. On doit recourir aux frictions pendant longtemps, tant que les parties peuvent les supporter; mais, ces parties tuméfiées ne sauraient en aucun cas être frictionnées au début puisqu'elles ne peuvent même pas soutenir le poids des cataplasmes[1]. »

On voit par ces citations les traces de divergences entre les écoles de l'antiquité. Les humoristes employaient les frictions comme agent de résorption pour les solidistes, c'était un moyen de rétablir la mobilité et la flexibilité des tissus ; elles jouaient dans les affections viscérales le même rôle que dans les raideurs articulaires et servaient à vaincre les *strictures*.

Oribase reproduit tout ce qu'on a écrit sur le massage : c'est lui qui nous a conservé les fragments d'Antyllos : ailleurs, il donne la méthode d'un certain Hérodote pour l'appliquer dans les fièvres et le recommande dans les névralgies sus-orbitaires ; tout cela prouve qu'au IV[e] siècle de notre ère les médications mécaniques étaient encore en grande estime ; plus tard, Paul d'Egine insista sur l'utilité des frictions dans un certain nombre d'états morbides chroniques.

Ling a eu un précurseur dans l'antiquité ; le pédotribe Herodicos ; Prodicos de Sélymbrie fut peut-être le Mezger de Rome, au siècle d'Auguste. Les efforts

1. P. 245.

de ces vulgarisateurs contribuèrent à entraîner la conviction des médecins et à leur faire adopter au moins une partie des manipulations proposées : on massait dans les raideurs articulaires, dans les névralgies, dans certaines affections de l'intestin, mais il y avait dissentiment à propos des maladies aiguës.

On peut passer sans inconvénient le moyen-âge : l'hygiène et les exercices physiques étaient réprouvés dans les monastères ; les hommes de guerre se couvraient de fer et ne s'entraînaient que pour le combat : de temps en temps des thaumaturges guérissaient par l'imposition des mains et le massage. « Un d'eux, qui parcourut les Gaules au temps de Grégoire de Tours, » ordonnait qu'on tirât vigoureusement sur les membres de ceux que la faiblesse ou la paralysie empêchaient de marcher. Deux esclaves prenaient le patient par les mains, deux autres le prenaient par les pieds et tous tiraient !!! Cette gymnastique tuait ceux qu'elle ne guérissait pas.

Vers la fin du XV[e] siècle, l'admiration accordée aux lettres et aux arts de l'Antiquité s'étendit aux habitudes hygiéniques ; un érudit, du Choul, conseiller du roi, dut écrire, par ordre de Henri II, un travail sur eux[1] ; six ans plus tard, Mercurialis reprend la

1. *Disc. sur la castramétation et la discipline militaire des Romains*, Lyon, 1555.

question[1] au point de vue médical, puis Ambroise Paré rappelle ce qu'a dit Oribase et en fait son profit. Au siècle suivant, Guyon[2], Paullini s'occupent plus ou moins du sujet; ces travaux manquent de critique : on confond les choses, on aligne des noms, on dit que le massage pourrait être utile, sans rien affirmer ; on n'essaye point d'étendre ou d'interpréter les Anciens, on reproduit leur texte : « La friction, disait Castelli, peut être faite d'une double manière : elle peut être sèche ou humide. La première a lieu quand on frotte tout le corps ou seulement un de ses membres, sans interposition d'un linge ou d'un corps gras ; parfois on la fait avec des gants. La seconde a lieu quand on prend pour la faire de l'eau ou de l'huile. Le mot friction s'applique d'ailleurs à deux choses : 1° aux frottements de la peau faits dans l'état de santé ou de maladie ; 2° à ceux que l'on fait en même temps que les exercices ou avant eux[3]. » D'autres avaient une théorie mixte, empruntée en partie à la doctrine iatro-mécanicienne, en partie à l'humorisme, et parfois une conception juste de l'action physiologique du massage. « La friction, lisons-nous dans un grand dictionnaire médical du siècle dernier, cause, pour ainsi dire, une

1. *De arte gymnastica*, 1573.
2. *Miroir de la beauté*, 1615.
3. *Lexicon medicum*.

compression et un relâchement alternatifs du corps. Une friction légère ne comprime que les veines, au lieu qu'une plus forte comprime aussi les artères. En comprimant les veines par la friction, le mouvement du sang vers le cœur est accéléré. Par là le mouvement du cœur même est ranimé, d'où il s'ensuit que le sang est aussi poussé dans tous les vaisseaux avec plus de vélocité. »

Les ouvrages de Meibom [1] et Tissot [2], sont réellement pratiques. Voici comment le second définissait le massage :

« C'est une espèce de pétrissage que l'on ferait de la partie affectée. En broyant, pour ainsi dire, cependant avec certaines précautions, en triturant les *sucs visqueux* arrêtés dans les ligaments des articulations, on donne à la circulation une activité qu'elle allait perdre ; on empêche que tous ces ligaments ne fassent, pour ainsi dire, une masse obstruée dans laquelle le mouvement se perdrait tout à fait [3]. »

Cette indication limitée au traitement de certaines affections articulaires constitue un progrès sur ce que nous avons vu.

Un article publié par Piorry dans le Dictionnaire

1. *Flagellum salutis*, 1698.
2. *Utilité de la flagellation*, 1785.
3. *Gymnastique medicinale et chirurgicale*, 1790.

en soixante volumes résume l'état des connaissances, en 1818.

« Maintenant que l'heureuse alliance de la médecine et de la chirurgie a démontré que les moyens extérieurs sont presque aussi importants dans les maladies internes que l'action des médicaments qui agissent d'une manière immédiate sur les parties profondément placées, ne pourrait-il pas être de quelque utilité d'appeler l'attention des médecins sur le *massement* des peuples de l'Asie ? » L'auteur suit la méthode dans l'Antiquité, aux Indes, en Chine et jusqu'à Tahiti.

Comment les médecins ont-ils connu le massage ? telle est la question que nous nous sommes posée en commençant cet historique. Il est évident pour nous que ses progrès n'ont point eu pour origine les pratiques consignées dans les livres de Confucius ou la compilation de Susruta : il est évident qu'il n'a pas été rapporté en Europe par les matelots du capitaine Wallis, frictionnés par de jeunes Tahitiennes. Mais l'article de Piorry renferme autre chose que des digressions érudites ; l'action anesthésique est indiquée et prouvée. « L'épouse d'un des savants les plus distingués dont la France s'honore n'éprouve de soulagement à une douleur vive et rhumatismale à laquelle elle est sujette, que lorsqu'on pratique sur la partie malade une pression analogue au massage. Ce

moyen n'est pas chez elle curatif, mais il est certain qu'il calme la douleur. » Je ne crois pas que, depuis l'époque où ces lignes furent écrites, on ait tenté de tirer parti, en France, des propriétés anesthésiques autrement que par contre-coup, quand on employait le massage comme moyen curatif de la distension forcée des muscles ou de l'entorse.

On s'en est beaucoup servi dans ces conditions. En 1837, le Dr Martin adressait à la Société de médecine de Lyon un mémoire à propos duquel Bonnet faisait un rapport élogieux. On traitait alors le lumbago et cette affection traumatique à laquelle on donne en France le nom de *tour de reins* par la dérivation et les saignées, médication empirique s'il en fut et rarement efficace. Le mémoire de Martin renfermait plus de 100 cas dans lesquels l'action du massage avait été absolument salutaire : une curieuse anecdote montre qu'il profitait de l'expérience acquise et qu'il avait, dans la pratique du massage, la hardiesse que donne la certitude : « La femme d'un tonnelier du pays que j'habite, vint un jour me prier de visiter son mari ; il était, me dit-elle, retenu dans son lit depuis huit jours par un rhumatisme qui résistait à tous les moyens de soulagement mis en usage par l'officier de santé qui le soignait. Je me rendis auprès de lui, au moment où l'on se disposait à placer sur les régions lombaires deux emplâtres vésicatoires. Après

un court examen, je tirai à part l'officier de santé et je fis de vains efforts pour lui faire comprendre la cause véritable des douleurs et le genre des manœuvres au moyen desquelles je les ferais cesser en peu de temps. Il voulut entrer en discussion, je m'y refusai ; il prit de l'humeur et se retira haussant les épaules. Aussitôt après son départ, je me mis à l'œuvre. Le *massage* produisit en moins de dix minutes son effet ordinaire, le malade se leva et s'habilla sans aide. J'avais à cœur l'irrévérence du pli d'épaules : j'imaginai d'en tirer une vengeance innocente en faisant reporter immédiatement les emplâtres vésicatoires à l'officier de santé par le prétendu rhumatisant, afin de lui prouver que j'étais fondé, en pareil cas, à dire au malade : « *Surge et ambula* [1]. »

En même temps, on employait avec succès et d'une façon courante le massage dans les ankyloses fibreuses. Houzé avait écrit sur ce sujet sa dissertation inaugurale, en 1843. Les mêmes idées furent défendues par Maisonneuve et Richet, dans leurs thèses de concours (1844 et 1850). On pourrait tout au plus reprocher à ces auteurs une timidité extrême dans l'application. Ils veulent absolument qu'on attende la fin du processus originel ; le moindre phénomène aigu les effraye, tant ils redoutent d'appeler par une in-

1. Estradère. Du massage, *son historique, ses manipulations, ses effets thérapeutiques*, Th. de Paris, 1863, p. 149-105.

tervention mécanique hâtive, de nouveaux accidents.

Dans l'entorse, au contraire, le massage a de bonne heure été considéré comme un moyen précoce, préférable à l'immobilisation et aux autres procédés. Les travaux d'Elleaume[1], de Gérard[2], de Lebâtard[3], de Millet[4] pour ne citer qu'eux, sont des panégyriques en sa faveur. Il était réellement indispensable de revenir souvent sur ce point ; malgré les résultats obtenus, on se défiait. Dans un mémoire présenté à l'Académie des Sciences, en 1864, Baudens était obligé d'avouer que sur 78 amputations pratiquées par des chirurgiens militaires, 60 avaient eu pour cause des accidents consécutifs à l'entorse. Un travail de M. Bizet répond à cette triste constatation. « La guérison par le massage est d'autant plus prompte et plus assurée, dit l'auteur, que le remède suit, pour ainsi dire, l'arrivée du mal ; la guérison s'opère dans l'entorse simple et dans l'entorse compliquée, sauf le cas de fracture des extrémités articulaires[5]. »

1. *Du massage dans l'entorse*, *Gaz. des hôpitaux*, 1859, n° 151-2.

2. *Des frictions et du massage dans le traitement de l'entorse chez l'homme*, *Gaz. hebdomad.*, n° 46, 1858.

3. *Gaz. des hôpitaux* 1856.

4. *Bulletin de thérapeutique*, t. LXXII, p. 76 et suiv.

5. *Traitement de l'entorse par le massage*, Paris, 1868.

Estradère ajoutait que c'est le moyen le plus simple, le plus facile à exécuter, le plus efficace, car il guérit souvent après la première séance : on est rarement obligé d'y revenir à plusieurs fois. La thèse de l'auteur que nous venons de citer, était un plaidoyer rempli d'érudition en faveur du massage (1863). Par malheur, M. Estradère ne le connaissait guère alors qu'en théorie : ses idées ne sont pas appuyées sur des faits personnels, et les procédés qu'il décrit sont si nombreux, si compliqués que pour lui le massage comprendrait toute la gymnastique médicale. Il a été appliqué, avant 1860, dans des circonstances variées et a donné des résultats. Georgii s'en est servi contre l'épistaxis [1], Cabin de Saint-Marcel [2] contre le coryza ; Laisné l'a utilisé, sous la direction du Dr Blache, dans le traitement de la danse de Saint-Guy, à l'hôpital des Enfants [3], Récamier en avait tiré parti contre la fissure anale et c'est en appliquant le massage anesthésique que Maisonneuve en vint à découvrir la dilatation forcée [4]. Il n'est pas jusqu'aux affections utérines contre lesquelles on ne l'eût déjà employé.

On avait des succès et, malgré cela, les médecins

1. *Kinisithérapie*, thèse de Paris, 1847.

2. Thèse de Paris, 1853.

3. *Du Massage*, Paris, 1868.

4. Voy. *Gaz. des hôpitaux*, 1848.

hésitaient, il était à peine question de massage dans les livres classiques.

L'opinion publique se tourna vers les empiriques : beaucoup massaient bien et guérissaient. Mais ils avaient contre eux leur ignorance ; ils ne savaient pas au juste pourquoi ou quand il fallait masser. Une méthode est bonne par elle-même, on l'applique au hasard, elle devient exécrable. De temps en temps, on enregistre un succès ; comme le dit Berghman, une poule aveugle finit toujours par attraper un grain ; mais on ne compte plus les revers ; des applications à contre-sens aboutissent à des catastrophes. Les médecins attribuèrent au massage, des malheurs n'ayant pas d'autre cause que la maladresse des empiriques.

En s'attachant à la méthode, en étudiant concurremment ses procédés et les affections dans lesquelles ils sont applicables, en la délivrant de manœuvres parasites, fatigantes pour le médecin, excédantes pour le malade, Mezger a rendu service à ses confrères et plus contribué que personne à l'adoption du massage. Nous allons essayer de donner une idée de son rôle.

Il est rare que les méthodes thérapeutiques soient l'application directe de notions théoriques laborieusement acquises ; les savants ont horreur de la pratique : quand, au contraire, un homme de talent ayant dé-

buté par là, se trouve en présence de problèmes qu'il ne peut résoudre, il éprouve le besoin d'étendre ses connaissances ; le technicien devient expérimentateur. Ce fut le cas pour Mezger; le premier et le seul travail qui porte son nom est un essai modeste remontant à 1868 ; rien n'eût pu faire prévoir alors qu'un auteur qui s'abrite à chaque instant derrière Tilanus, Van Geuns, Vrolik; qui, au lieu de trancher les questions, cite timidement Gérard, Elleaume ou Lebâtard, deviendrait chef d'école.

La thèse de Mezger[1] débute par une protestation contre l'abus de la gymnastique, c'est à la fin seulement de sa préface qu'il parle de son sujet.

« J'ai l'intention de m'occuper ici d'une des applications médicales de la gymnastique que l'on appelle les frictions ou mieux encore le massage. J'ai commencé en 1853 à traiter, à Amsterdam, les entorses par ce moyen; je l'ai amélioré peu à peu et depuis 1861, je l'ai toujours employé. »

Il est probable que Mezger avait vu des cas nombreux, et qu'en les réunissant il eût pu donner une statistique remplie d'intérêt; il ne l'a pas même essayé.

Son travail renferme des aperçus ingénieux, énoncés sous une forme brève et les seuls arguments que l'auteur fasse valoir en leur faveur, sont les cas qu'ils lui rappellent.

1. *De Behandeling van Distorsio pedis met Frictien*, Amsterdam, 1868.

« On définit habituellement ainsi l'entorse, dit-il au chapitre II : une distension articulaire à la suite de laquelle les ligaments sont tiraillés et parfois déchirés, distension accompagnée de lésions plus ou moins prononcées des parties voisines. Cette définition me paraît trop étendue ; elle se rapporte à l'entorse vraie et à la déchirure des ligaments, c'est-à-dire à deux états absolument différents.

» Je crois qu'il est bon d'établir les distinctions suivantes :

» 1° L'entorse simple est une distension des tendons et des ligaments périarticulaires si violente que leur coefficient d'élasticité normale est dépassé ;

» 2° L'entorse est compliquée quand il y a eu déchirure des organes en question ;

» 3° La fracture des extrémités osseuses articulaires est une autre complication.

» La justesse de ces divisions nous paraîtra indiscutable si nous appliquons notre méthode pour le traitement ; de plus, elles sont de première importance, au point de vue du pronostic.

» Une distorsion simple est guérie, en règle générale, après une ou deux frictions.

» Dans celles de la seconde catégorie, le pronostic est différent. S'il y a des déchirures vasculaires accompagnées d'extravasations sanguines dans les tissus ; cette circonstance ne constitue pas une diffi-

culté, comme le montrent des observations qui vont suivre.

» La douleur et le gonflement disparaissent. Après six ou sept séances, le malade est presque toujours guéri ; s'il y a une ecchymose, elle s'en va d'elle-même, car le sang épanché se résorbe peu à peu, comme d'habitude.

» Dans les nombreuses entorses du pied que j'ai eues à traiter, je ne me suis jamais trouvé en présence d'une déchirure artérielle avec épanchement sanguin intraarticulaire, complication signalée par Mattei. La déchirure des ligaments n'est nullement une contre-indication du massage...

» Dans ces conditions, on applique le procédé habituel ; puis, quand la douleur et le gonflement ont disparu, on fait porter, pendant quelques jours, un bandage médiocrement serré ; le malade peut soulever des fardeaux et marcher sur des surfaces inégales. »

Mezger a fait école, sa réputation est devenue européenne ; ce qu'il y a eu d'extraordinaire dans cette fortune, c'est l'absence de toute espèce de publicité même scientifique. Mezger n'avait pas de situation officielle, son nom n'a guère été prononcé dans les Sociétés savantes ; il n'a presque rien écrit, les malades vinrent parce qu'il guérissait en massant ; les élèves vinrent pour apprendre à guérir comme lui. Presque tous étaient des médecins des

pays scandinaves, l'enseignement était aussi objectif qu'il pouvait l'être : le maître travaillait, les assistants regardaient, et plus tard travaillaient eux-mêmes. C'était un véritable apprentissage dans lequel on faisait l'économie de vides et solennelles leçons et de tout apparat universitaire[1]. Je suis heureux d'avoir été un des premiers à faire connaître en France l'auteur et sa méthode : il y a 7 ans qu'a paru la première édition de mon livre. Depuis ce moment, des praticiens d'une très grande valeur comme MM. Berne, Gautiez, Weber, Verchère, etc., se sont occupés sérieusement du massage à Paris ; de bons articles de journaux, d'excellents mémoires ont paru. En Allemagne, le mouvement que je signalais, en 1884, a continué, les travaux de Zabludowski, Schreiber, Reibmayer, Hünerfauth, Mosengeil, etc., se sont ajoutés à ceux qui existaient antérieurement. Le massage est donc bien près de devenir un procédé classique, que des médecins appliqueront, après en avoir discuté l'utilité comme celles des autres méthodes thérapeutiques ; je serai trop heureux si j'ai été pour quelque chose dans sa vulgarisation.

1. Depuis 1880, les exigences d'une clientèle énorme et croissant de jour en jour ont mis Mezger dans l'impossibilité de recevoir de nouveaux élèves.

## CHAPITRE II

### Manuel opératoire.

*Qualités physiques nécessaires au masseur. — Il doit discipliner ses muscles et ménager ses forces. — Mesures préparatoires. — Lubréfaction. — Raser les régions à masser. — Ce qu'on appelle massage médiat. — On doit tenir compte de la sensibilité individuelle. — Incidents du début : Taches ecchymotiques ; Erythème. — Ce dont il faut prévenir les malades. — Séances quotidiennes. — Les quatre manipulations fondamentales du massage : Effleurage ; Frictions ; Pétrissage ; Tapotement.*

Il y a, dans Estradère, un chapitre intitulé *Arsenal du masseur*. L'auteur, après nous avoir prévenus que cet arsenal est très simple, décrit des strigiles ou raclettes, des brosses, des roulettes, des férules ; quand on arrive aux manipulations, il faut un tableau d'ensemble pour les montrer toutes, il y a des onctions, des agacements, du pincement, du sciage, etc. La méthode que nous décrivons n'a ni ce luxe de manœuvres, ni cette terminologie savante ; elle comprend en tout quatre procédés : l'*effleurage*, la *friction*, le *pétrissage* et le *tapotement*.

Ces procédés m'ont donné des résultats assez satisfaisants pour que je n'éprouve aucun besoin de les compliquer. Lorsque parut la première édition de ce livre, on me reprocha amèrement cette simplicité. « Le chapitre consacré au manuel opératoire, dit un de mes confrères dans la critique d'ailleurs bienveillante, qu'il en fit, est extrêmement faible ; jamais on n'a rien écrit d'aussi faible sur la matière ! » Le jugement était dur ; il n'a pas modifié ma manière de voir. Je l'ai dit ailleurs, je ne pouvais pas, pour allonger un de mes chapitres, disserter sur des manœuvres excellentes peut-être, mais que je n'emploie pas. Les quatre procédés préconisés par Mezger m'ont suffi ; je ne veux pas dire que je les ai toujours appliqués de la même manière ; je ne veux pas davantage entrer dans le détail des modifications qu'il est indispensable d'adopter pour un cas donné ; c'est au clinicien à choisir. Vous avez fait un bon diagnostic vous avez conclu que le massage est indiqué. Suivez la même méthode pour arriver au choix du procédé et modifiez celui-ci suivant les circonstances, voilà tout. Je ne crois pas plus aux indications invariables et aux formules qu'aux panacées.

Je ne conseillerais pas à tous les médecins de choisir cette méthode et de l'appliquer. Il faut, pour cela, une certaine vigueur physique. Ceux dont les

muscles fléchisseurs du pouce, par exemple, ne présenteraient qu'une énergie relative, agiront sagement en n'entreprenant jamais le massage des indurations musculaires anciennes. Il faut pétrir sérieusement, longtemps une surface déterminée et peu étendue. Si on n'est pas suffisamment doué par la nature pour cet exercice, inutile d'essayer, on se fatiguerait et on n'obtiendrait rien. Du reste, les résultats auxquels on arrive lorsqu'on a derrière soi une longue pratique, sont meilleurs que ceux du début. La chose est facile à expliquer ; l'exercice et l'entraînement donnent une sûreté de main qu'il est impossible d'obtenir par un autre moyen, quand même on serait animé des meilleures intentions.. Lorsque l'on commence, l'éducation n'est pas faite ; les muscles dont l'emploi est nécessaire sont insuffisamment exercés et disciplinés ; on va trop vite, on gaspille ses forces, on est fatigué lorsqu'on en aurait besoin.

Il faut que le masseur soit ambidextre, qu'il puisse utiliser la main gauche si un accident immobilise la droite ou si elle est fatiguée. Je me sers de celle-ci d'habitude, sauf pour le massage circulaire et le massage du ventre.

La lubréfaction des téguments est indispensable ; grâce à elle, le massage est plus facile et il est mieux supporté que quand on le fait à sec. L'application du

corps gras demande une certaine attention ; il n'en faut mettre que la quantité nécessaire ; quand il y en a trop, la main glisse à la surface de la peau et la manipulation ne peut avoir aucune influence sur les tissus profonds.

Il est également utile de raser les poils, s'il y en a; chez certaines personnes à sensibilité cutanée peu prononcée, cette précaution pourrait paraître superflue ; quand on ne rase pas les régions, elles supportent le massage sans se plaindre ; il n'est jamais prudent de compter là-dessus : l'irritation mécanique peut aboutir à une sorte d'inflammation des bulbes pileux très désagréable ; elle oblige parfois de suspendre le traitement; on pourrait avoir de l'érythème et de l'urticaire, il vaut mieux ne pas s'y exposer.

Le meilleur lubréfiant est la pommade à la vaseline; il en faut peu; demi solide à la température ordinaire, elle coule difficilement du vase qui la renferme; on ne fait pas de larges taches sur les effets si on la renverse ; elle ne salit pas la peau, ne rancit pas comme les huiles ou les pommades à l'axonge.

Je ne parlerais pas d'un autre procédé s'il n'en avait été question de différents côtés : le massage médiat, c'est-à-dire par interposition entre les téguments et le doigt d'un morceau de toile, de gaze ou de flanelle. Ceux qui ont proposé cette pratique ne l'ont défen-

due par aucune raison sérieuse : un transparent ne peut atténuer en quoi que ce soit la douleur. On veut ménager la pudeur ? Autant vaudrait proposer de faire le toucher vaginal avec une main gantée !

On doit tenir grand compte des degrés de la sensibilité individuelle et faire le moins de mal possible. Il est bon de commencer très doucement, de graduer la manœuvre de manière à ce que les malades s'y habituent ; je répète ici ce que j'ai dit souvent ; la violence décourage et ne conduit à rien. Presque toujours, la tolérance s'établit si bien que les patients déclarent moins souffrir à la fin de la séance qu'au commencement ; on peut alors déployer une énergie qui eût paru au premier abord insupportable. Si l'on masse les muscles, il faut qu'ils soient dans le relâchement : c'est une condition indispensable pour que leurs parties profondes soient atteintes ; on doit combattre la tendance instinctive qu'ont bien des personnes à le contracter, dès qu'on les touche. Tout ce qui peut entraver le courant veineux ascendant et descendant doit être enlevé ; les malades ne devront jamais conserver de jarretières, quand on masse le pied, le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne ou tout autre partie de la jambe.

Les masseurs novices font des bleus ; plus la main est excercée, moins on en fait ; il n'est pourtant pas

toujours possible de les éviter. Lorsqu'on veut agir sur d'anciens exsudats inflammatoires, sur des indurations du tissu musculaire, il faut presser fort et ferme avec la pulpe du pouce; la première fois, il y aura des sugillations, de petites ecchymoses; on n'a pas à s'en préoccuper, elles se résorberont et il ne s'en produira plus guère pendant tout le traitement; on peut hâter au besoin leur disparition par des frictions très légères. Si insignifiant que soit cet inconvénient, il est bon de le prévoir, et d'en prévenir les malades, pour qu'ils ne s'effrayent pas. C'est surtout chez les femmes ayant un certain embonpoint et la peau délicate, que les ecchymoses se produisent facilement.

Chez les vieillards, il est indispensable de procéder avec douceur, à cause de la friabilité des vaisseaux sanguins, autrement on s'exposerait à provoquer de grandes ecchymoses. J'en ai vu une consécutive à la pression d'une ceinture mal conditionnée, qui s'étendait à toute la région hypogastrique et aux téguments du scrotum. Il faut prendre des précautions pour éviter de pareils accidents, lorsque l'on masse une surface un peu étendue, car on serait obligé d'interrompre le traitement : c'est ce qui est arrivé une fois à Reibmayer.

On fera prendre au malade la position la moins fatigante pour lui et pour le masseur; les attitudes gê-

nées ne valent rien. On aura soin, autant que possible, que les parties périphériques soient un peu plus élevées que le tronc, de manière à aider le courant veineux et lymphatique, à ce que l'action de la pesanteur le favorise au lieu de l'entraver.

Les myopathies ou les arthropathies anciennes réclament un massage énergique ; parfois, après les premières séances, le malade se plaint de souffrir plus qu'auparavant ; l'affection constituait une gêne et c'était tout : on a massé, la région fait mal. C'est une douleur qu'on pourrait appeler *contusionnelle*, si l'expression était française ; elle tient à la déchirure de vieilles adhérences et surtout aux lésions légères mais nombreuses de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, tiraillement, irritation ou compression des extrémités nerveuses par de petits extravasats. Il faut encore prévenir le malade que c'est là un phénomène inhérent, pour ainsi dire, au traitement, qu'il durera six, huit, peut-être quinze jours et disparaîtra.

Je fais en général une séance par jour, dans les maladies chroniques ; j'en fais deux chez les personnes qui n'habitent pas Paris et désirent y rester le moins possible ; on laissera entre la première et la seconde un intervalle assez long. Dans les cas aigus il faut au moins deux séances par jour ; il n'y aurait aucun inconvénient à en faire davantage, si on pouvait. La

durée de chacune dépend de la gravité et du siège du mal ; en général, elle est de 5 à 8 minutes, on va jusqu'à 10 minutes et au delà, dans les affections aiguës.

Chez les femmes irritables, il est bon de suspendre le traitement pendant la menstruation ; cette suspension est nettement indiquée dans la sciatique, les myosites de la région fessière, etc. ; elle est indispensable dans le massage abdominal ou pelvien. Toujours, dans tous les cas, le praticien doit ménager ses forces et s'ingénier à en dépenser le moins possible pour produire l'effet voulu.

Il nous a semblé utile de formuler ces remarques générales sur l'application de la méthode, avant d'exposer le manuel opératoire proprement dit ; nous allons maintenant analyser les quatre procédés dont nous n'avons fait qu'indiquer le nom : puis, nous énumérerons un certain nombre de pratiques accessoires utiles, sinon indispensables, pour parfaire la cure, lorsque le massage est fini.

1° *L'effleurage* se fait généralement sur les grandes surfaces, soit à main plate, soit avec la base de la face palmaire ; sur les petites, avec la pulpe du pouce seul ou celle de deux doigts (pouce et index). Il est rare qu'on soit obligé de se servir des deux mains en même temps. De toutes les manipulations c'est celle qu'on emploie le plus souvent ; on effleure avec une grande douceur les téguments, dans toutes les

affections aiguës, de manière à obtenir une amélioration de la circulation veineuse et lymphatique. L'effleurage est un moyen antiphlogistique puissant, il active la résorption des exsudats interstitiels ou cavitaires, rend des services sérieux dans les atrophies, en activant la circulation et en augmentant les échanges organiques dans une région donnée et en modifiant par contrecoup la vitalité des tissus.

2° La *friction* proprement dite se fait avec la pulpe du pouce ; c'est à elle qu'on a recours contre les exsudats anciens, complétement ou en grande partie organisés ; contre les hyperplasies conjonctives, les épaississements des capsules articulaires, les myosites chroniques ; on se propose de rendre possible la résorption de l'exsudat ou de lui faire perdre sa vitalité pour qu'il subisse la dégénérescence graisseuse ; il faut le désorganiser, le fragmenter en particules d'une ténuité extrême ; la friction avec l'extrémité du pouce se fait dans un circuit peu étendu, mais elle exige une grande énergie.

3° Le mot *pétrissage* peut se passer de commentaire. On emploie cette manipulation dans les tuméfactions inflammatoires chroniques intéressant soit un muscle, soit un groupe musculaire ; on en rencontre souvent sur les bords du trapèze, dans les céphalalgies symptomatiques que nous avons eu

l'occasion d'étudier[1]. Lorsque cela se peut, on saisit entre le pouce et un ou plusieurs des autres doigts, la portion de tissu sur laquelle on veut agir, on l'attire de manière à l'isoler le mieux possible des parties voisines ; on la froisse et on la comprime. Lorsqu'on opère sur une masse un peu volumineuse, on se sert des deux mains qui agissent de la même manière, chacune de son côté.

4° Je garde à la quatrième manœuvre le nom *tapotement* ; j'ignore s'il se trouve dans le *Dictionnaire de l'Académie*, s'il a été employé pour la première fois à propos du massage par des écrivains français ou étrangers. On m'a reproché ce néologisme ; je le garde, parce qu'il existe dans le langage courant, qu'il est facilement compréhensible et donne une bonne idée de la manœuvre désignée. On peut employer le tapotement seul ou en même temps qu'un des autres procédés ; c'est un bon moyen pour augmenter la vitalité des muscles parésiés ou atrophiés ; il est utile dans certaines affections articulaires ou péri-articulaires, surtout dans les téno-synovites chroniques torpides ; il faut alors provoquer une réaction énergique, une sorte de poussée congestive ; sous ce rapport, il est bon de faire du tapotement, après les

1. Voy. *Traitement de la migraine par le massage*, Paris, Delahaye et Lecrosnier 1885. — *Céphalalgie et massage*, Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

frictions, dans les myosites chroniques. On a vanté différents instruments, de petits marteaux en acier qu'on fait chauffer, des percuteurs en bois ou en caoutchouc, des paquets de plumes d'oie ; ils sont inutiles, la main suffit à tout, avec elle on peut répondre mieux que n'importe quel objet aux indications d'un cas donné. On peut rattacher au tapotement deux manipulations accessoires empruntées à la gymnastique suédoise : les pressions et les trépidations sur le trajet d'un nerf déterminé ; elles m'ont rendu de grands services dans les névralgies du cuir chevelu et de la face, dans certaines formes de crampes invétérées, mais elles ne sont applicables que pour les filets nerveux relativement superficiels.

Ceux qui, avant moi, ont écrit sur le massage ont bien indiqué les différents procédés dont je viens de parler ; bien peu de praticiens les ont adoptés dans leur intégralité ; souvent ils ont délaissé tantôt l'un, tantôt l'autre. Dans un article très intéressant sur la méthode en général, Wagner ne dit rien des frictions, Bela Weiss se contente des frictions et du pétrissage, Mulier ne parle pas du tapotement. Ces variantes n'ont aucune importance ; comme les travaux dont il est question remontent à une date déjà éloignée, peut-être leurs auteurs ont-ils modifié et complété leur pratique depuis ce temps.

5° Nous ne nous occuperons que du massage ; cela

ne veut pas dire que ce soit une méthode *sui generis* qu'il faille employer à l'exclusion de toute autre. Elle comporte des adjuvants qu'il est bon d'utiliser pour faciliter son action, ou pour la compléter. Toutes les fois qu'on a affaire à une affection rhumatoïde, la médication thermale est indiquée ; dans ce cas, le massage est un auxiliaire d'un traitement général ; il est dirigé seulement contre certaines déterminations morbides. S'il a été essayé le premier et s'il a atteint son but, il faut conseiller quand même aux malades le traitement général, lui seul pourra prévenir les récidives. L'hydrotérapie n'est bonne que dans le cas d'excitation nerveuse ; s'il existe des parésies ou des atrophies, l'électricité rend des services.

Les mouvements actifs et passifs font presque nécessairement partie de la plupart des cures par le massage. L'influence de Mezger sur le traitement des affections aiguës ou traumatiques des articulations ou de leur voisinage a été énorme. Autrefois, l'immobilisation était la base de toute thérapeutique ; c'est par elle que l'on combattait la douleur, les complications inflammatoires ; c'est d'elle et du temps qu'on attendait la résorption des foyers d'hémorragie et des exsudats. Nous avons vu combien d'accidents avaient produits les anciens procédés ; Mezger leur déclara franchement la guerre. Nous verrons les luttes doctrinales qui

surgirent, à propos des maladies des jointures, en fin de compte, les novateurs l'emportèrent. Les fervents du nouveau système allèrent même trop loin ; il y a pour la mobilisation comme pour l'immobilisation des indications qu'il n'est jamais prudent d'oublier. Une réaction commence à se produire, espérons qu'elle nous ramènera cette fois dans les limites du vrai ; qu'on procédera à l'avenir avec plus de méthode et qu'on saura mieux montrer qu'on ne l'a fait jusqu'ici les cas dans lesquels un procédé est bon, ceux dans lesquels il ne vaut rien.

Ce que je puis dire c'est qu'avant de recommander aux malades d'exercer tel ou tel groupe musculaire, il faut les habituer à leur nouvelle tâche, c'est-à-dire faire précéder les mouvements actifs des mouvements passifs bien compris. Ceux-ci sont indispensables dans la plupart des affections articulaires et à la suite des fractures qui ont exigé un repos prolongé ; c'est grâce aux mouvements passifs énergiques qu'on peut distendre ou déchirer des adhérences, vaincre des rétractions parfois anciennes, prévenir ou détruire les attaches accidentelles des tendons à leurs gaînes. On emprunte souvent avec un égal avantage une autre manœuvre à la gymnastique. Les malades font des efforts pour produire un mouvement auquel le médecin s'oppose ou celui-ci fait un mouvement énergique auquel le malade doit résister. Cette ma-

nœuvre souvent utile l'est particulièrement dans les atrophies musculaires.

Le massage est un agent thérapeutique ; on l'emploie pour soulager et surtout pour guérir ; c'est presque une naïveté de le répéter, mais il sert aussi, dans bien des cas, au diagnostic. Le gonflement et l'infiltration des tissus ne permettent pas d'affirmer qu'il existe une fracture ; nous avons vu qu'avec l'effleurage on obtient la disparition de ces phénomènes. On peut être vite renseigné et poser l'appareil nécessaire ; c'est là une application qui a son prix.

## CHAPITRE III

### Action physiologique du massage.

*Opinions de Mérat et de Delens, de Piorry. — Coup d'œil sur l'absorption interstitielle. — Expériences de Mosengeil. — Action du massage sur les vaso-moteurs, sur la contractilité musculaire, sur les nerfs.*

Lorsque l'observation eut démontré l'efficacité du massage dans un grand nombre d'affections et d'états morbides qui n'avaient, en apparence du moins, rien de commun, on voulut s'expliquer son action ; l'empirisme ouvre la voie qu'élargissent plus tard le raisonnement et l'expérimentation. Nous avons vu que dès le dernier siècle on s'était aperçu que les frictions accélèrent la circulation veineuse et diminuent la stase lorsqu'il en existe : Mérat et Delens allèrent un peu plus loin ; ils attribuèrent les bons effets du massage à son influence sur les sécrétions cutanées, sur les phénomènes d'endosmose, sur la contractilité musculaire, etc. Ces explications étaient tout à fait en rapport avec les données physiologiques acquises au commencement du siècle : Piorry eut le mérite de grouper les

faits constatés par l'observation, d'en tirer des conséquences plausibles, de résumer ce que l'on savait.

« Quelle est au juste la manière d'agir du massage sur nos organes, lorsqu'il est joint aux bains tièdes et aux bains de vapeurs ? Nous ne pouvons méconnaître une triple manière d'agir : 1° sur la peau ; 2° sur les muscles ; 3° sur les articulations.

» 1° Augmentation de l'exhalation habituelle à la surface de la membrane éminemment vasculaire et nerveuse dont toutes nos parties sont revêtues ; flexibilité plus grande apportée dans son tissu par les alternatives de tension et de relâchement qu'elle éprouve ; absorption plus facile, parce que le massement l'a débarrassée des malpropretés qui pouvaient *recouvrir les bouches lymphatiques dont elle est parsemée* : circulation capillaire rendue plus libre par l'augmentation de l'exhalation et par le mouvement communiqué, disposition plus grande des houppes nerveuses aux sensations extérieures, parce que, d'une part, l'épiderme est amolli, et, d'autre part, on y a enlevé une certaine couche ; telle est l'action du massage sur la peau.

» 2° Ses effets sur les muscles ne sont pas moins remarquables ; leur manière d'être habituelle doit changer aussi leur mode de sensibilité ; telle est l'action du massement sur les muscles.

» 3° Les surfaces articulaires et les parties molles

qui les entourent sont également modifiées par les manœuvres qu'on dirige sur elles ; souplesse plus grande déterminée par un tiraillement médiocre des substances ligamenteuses qui entrent dans la composition de ces organes actifs de la locomotion en vertu des mouvements qui leur sont communiqués, abord plus libre du sang dans les vaisseaux qui entrent dans leur composition et glissement plus facile des différentes fibres qui les constituent ; contraction devenue plus libre par la laxité que le massage a déterminée dans la peau ; alternatives de pression et de dilatation qui, changeant leur mouvement devenu plus étendu, parce que les muscles dont les tendances les avoisinent et les fixent ont perdu la rigidité qu'ils avaient contractée, circulation dans les tissus blancs rendue plus facile. »

On ne saurait passer sous silence ces opinions respectables et dont quelques-unes sont justes. Ceux qui les ont formulées n'avaient pas à leur disposition les ressources que nous fournissent l'histologie et la physiologie expérimentale. Sans microscope, il eût été difficile même à un homme de génie de deviner les phénomènes intra et extra-cellulaires de la profondeur des tissus vivants et dont la succession et l'enchaînement constituent la vie.

Si nous examinons par anticipation les conditions dans lesquelles le massage a donné les meilleurs ré-

sultats, dans lesquelles il a été le plus souvent employé et le plus souvent recommandé, nous pouvons dire d'une façon générale, que c'est dans le cas où les proportions normales des tissus ou de leurs éléments sont altérées. Dans l'entorse il y a des déchirures vasculaires, des épanchements sanguins. La présence dans une région d'hématies ou de leucocytes extravasés produit des accidents si leur résorption exige un temps considérable ; dans les arthrites hyperplasiques, les raideurs articulaires, les hydartroses, les inflammations des gaînes tendineuses, nous nous trouvons en présence de produits nouveaux solides ou liquides ; nous ne pouvons espérer une guérison, une restitution fonctionnelle vraie que si nous les faisons disparaître. A ce point de vue le massage est véritablement utile; il rétablit l'absorption si elle a été momentanément suspendue; il l'active et la régularise dans les autres cas. Son action anesthésique n'est qu'une conséquence de cette propriété ; n'est-on pas disposé à regarder comme des névrites, des névralgies naguère appelées essentielles ?

La première condition pour acquérir une notion précise sur l'action physiologique du massage, c'est de connaître les doctrines actuelles sur la nutrition des tissus dont l'absorption est un facteur. Nous sommes loin des quatre liquides des Anciens : l'atrabile a disparu comme la flegme; mais nous n'en sommes

plus à l'organicisme d'une autre école, qui ne voyait que des appareils. La cellule vivante est un centre organique qui se développe, vit et meurt. A la cellule correspond une atmosphère liquide qui fournit les matériaux nécessaires à son fonctionnement.

« Certains liquides, disait M. Loven dans une remarquable communication faite naguère à la Société de médecine de Stockholm, sont aussi indispensables pour les éléments organiques que l'est l'eau salée pour les poissons de mer, l'eau sucrée pour les champignons, le vinaigre pour le *mycoderma aceti.* Ils renferment de l'eau, de l'albumine, des sels. Sans doute, leur composition change d'après les tissus, mais nous ne savons rien des différences qu'elle présente. C'est d'eux que les cellules tirent les matériaux de leur nutrition. On réunit ces liquides sous le nom générique de suc parenchymateux; ce suc est aspiré par les tissus qu'il imbibe, ils le retiennent si étroitement qu'il est impossible de l'isoler par les moyens mécaniques.

» C'est au liquide d'imbibition que les tissus doivent leurs propriétés essentielles. Comparons un fragment de tendon, de cartilage, de tissu conjonctif à l'état normal, à un autre fragment qui aurait perdu par dessication son eau d'imbibition. Le volume, la couleur, la consistance, tout ce que l'on peut constater par la la vue, en un mot, est altéré.

» On pourrait jusqu'à un certain point comparer les liquides contenus dans des lacunes imperceptibles à l'eau de cristallisation de certains corps inorganiques, avec cette réserve que les proportions des premiers ne sont pas fixes et déterminées comme celles de la seconde. On conçoit aisément le rôle que de tels liquides jouent dans l'économie quand on songe que la plupart des tissus renferment plus de 75 0/0 d'eau. Il ne faudrait cependant pas la confondre avec le *suc parenchymateux* proprement dit.

» On ne désigne par ce nom que le liquide qu'on peut faire sortir par expression mécanique. Il n'y a pas de délimitation précise, elle serait inutile ; on peut parfaitement admettre que les changements du suc parenchymateux sont accompagnés de changements correspondants des liquides d'imbibition et que ceux-ci sont plus dilués que lui par suite d'une affinité plus grande des molécules organiques pour l'eau que pour les principes qu'elle dissout.

» Le suc parenchymateux est renfermé dans des cavités perceptibles seulement avec des instruments d'optique puissants. Elles se trouvent dans presque toutes les parties du corps, mais sont surtout abondantes dans le tissu conjonctif qui peut être regardé d'une façon générale comme un véritable réceptacle du suc parenchymateux. Ses espaces, appelés espaces lymphatiques, ont des formes extrêmement

nombreuses; ce sont des lacunes, des canaux, des sacs, etc. Au point de vue du volume, on trouve les mêmes différences; tantôt ils ne sont visibles qu'au microscope, d'autres fois ils ont une étendue suffisante pour renfermer les viscères les plus volumineux de l'économie; tels sont le péritoine, la plèvre, le péricarde, etc.

» Étant donnée cette conception du suc parenchymateux et de son rôle, il est facile d'en déduire l'importance de la circulation. Par cela seul que nous avons un élément vivant dont la composition se modifie, la cellule épuisera vite ce milieu. Un animal ne peut vivre indéfiniment dans une pièce hermétiquement fermée et de petit volume; lorsque les gaz d'exhalation sont en trop grande quantité, l'hématose devient impossible : il faut un renouvellement périodique de l'air, c'est-à-dire un apport d'éléments respirables et une évacuation de ceux qui ne le sont plus. Les phénomènes sont exactement les mêmes dans l'intimité des tissus : l'aboutissant des canaux d'apport c'est le réseau capillaire : les canaux d'évacuation ce sont les veines et surtout les lymphatiques. La différence des pressions dans l'intérieur des vaisseaux centripètes et centrifuges joue un rôle tellement important dans le mouvement des liquides qu'elle ne saurait être altérée sans que celui-ci soit entravé. La tension veineuse augmente-t-elle au delà d'un cer-

tain coefficient? les lymphatiques cessent de pouvoir suffire à leur tâche et la région s'œdématie. Ces lymphatiques sont-ils eux-mêmes altérés, devenus partiellement imperméables? le même phénomène se produit. Quand on veut obtenir très vite par compression veineuse l'œdème d'un membre, il faut, comme l'a montré Cohnheim, faire la ligature d'un gros tronc lymphatique. Le massage qui est, comme nous l'avons dit, un adjuvant puissant de la résorption s'adresse donc au système veineux et surtout au système absorbant, il accélère le cours des liquides en tous sens et en diminuant la tension dans le premier il facilite par contre-coup la circulation dans le second[1]. »

Cette théorie, qui nous permettra de nous rendre compte de la plupart des phénomènes dont nous serons témoins, qui nous fournira la justification de manœuvres bizarres en apparence, se heurte dès qu'on veut l'appliquer à des difficultés. C'est surtout à des affections articulaires que nous aurons affaire ; le massage s'adresse aux vaisseaux absorbants, nous ne savons à peu près rien sur les lymphatiques des jointures. Où naissent-ils? comment se comportent-ils par rapport à la synoviale? se terminent-ils, comme on le croyait, il y a peu d'années, dans des culs-de-sac sans épithélium ou s'ouvrent-ils dans la cavité par des sto-

1. *Om väfnadssaften i dess förhaallande till blod och lymfkärl.* Hygiea. XXXVII Bd, 1875, nº 2, p. 80.

mates? Quand Mosengeil voulut s'occuper de l'action physiologique du massage, il s'arrêta effrayé en face de ces problèmes; puisque l'histologie n'avait rien appris, il ne restait qu'un moyen, l'expérimentation. Il y a eu recours et ses expériences resteront classiques, car elles éclairent d'un jour nouveau le rôle du massage et l'origine des lymphatiques articulaires. A côté des difficultés théoriques, il y avait des difficultés techniques : Vous voulez savoir quelle influence exerce le massage sur la marche des arthrites, par exemple; c'est simple, prenez deux animaux, déterminez chez tous les deux une arthrite du genou, massez l'un et abandonnez l'autre à lui-même. Voici le malheur : chez certains animaux vous produisez des inflammations qui suppurent, chez d'autres vous avez des arthropaties bâtardes suivies de formation de produits caséeux avec alternatives de rétrocession et d'exacerbation. Dans les deux cas le traitement mécanique est contre-indiqué. S'il est impossible de compter sur l'inflammation provoquée, il reste un moyen : introduire dans deux jointures similaires un liquide coloré dont on puisse suivre à l'œil nu et au microscope la progression. Le choix de ce liquide n'était pas facile : les grains de vermillon sont trop gros et trop anguleux, les précipités chimiques filtrés sont incolores. Monsengeil s'arrêta après réflexion à l'encre de Chine et encore faut-il avoir soin d'en prendre

d'une telle qualité que la dilution soit partout la même et qu'il n'y ait ni grumeaux, ni dépôts.

La solution faite, on en injecta une quantité suffisante dans les deux articulations fémoro-tibiales d'un lapin ; on massa l'une et pas l'autre. Comme ces expériences sont les premières qui aient été faites, nous allons les donner en détail.

Exp. I [1]

Le 27 janvier 1875, à 9 heures du matin, on injecta dans les deux articulations du genou d'une grosse lapine une seringue de Pravaz d'une solution épaisse et noire d'encre de Chine; quelques gouttes s'écoulèrent par l'orifice immédiatement après :

T. R. = 38,2. Massage du genou droit à 9 h. 1/2. L'animal est vif, se promène, mange et secoue les oreilles. A 9 h. 3/4 on injecte dans chaque articulation du genou, une seringue d'une solution un peu plus faible, puis on masse le genou droit. Une demi-heure plus tard la douleur paraît plus vive que la première fois, l'animal résiste davantage, il est difficile à tenir ; avant qu'on ait retiré la canule du genou droit, il fait un mouvement rapide, et la pointe est courbée, il s'écoule un peu de liquide. Le massage paraît douloureux, mais l'articulation reprend bientôt son volume. A 3 heures de l'après-midi, nouvelle injection, nouveau massage de la jointure droite seule ; elle reprend son volume, mais la gauche reste distendue.

T. R. = 39 ; elle continue de s'élever jusqu'à 8 h. 1/2 du soir ; à ce moment elle atteint 40. L'animal ne paraît pas

1. Mosengeil, *loc. cit.*

trop mal si l'on en juge d'après son état et sa manière de se tenir. Il a beaucoup mangé ; à 8 h. 1/4 nouvelle injection dans les deux genoux et massage du droit ; on ne fait plus d'injection dans la cavité du genou gauche, mais on en fait encore dans celle de droite. Le 28 au matin, on injecte dans chaque articulation du coude 1/2 seringue d'encre de Chine et on masse, puis l'animal est sacrifié. Chaque massage avait duré une ou deux minutes. A l'autopsie on trouve, dans le tissu périarticulaire, autour de l'ouverture de la ponction et jusque dans le tissu sous-cutané, des taches irrigulières d'encre de Chine. La coloration noire s'étend vers le haut du voisinage des vaisseaux et des interstices musculaires. Les ganglions axillaires d'un côté renferment aussi des traces d'encre de Chine, les lymphatiques efférents sont colorés en noir. De l'autre côté (l'injection et le massage avaient été pratiqués par une autre personne), il n'y avait rien dans les vaisseaux ni les ganglions. Les choses étaient un peu différentes au membre inférieur, on n'avait pas fait d'injection immédiatement avant la mort, et on avait massé plusieurs fois à des intervalles plus ou moins longs.

L'articulation fémoro-tibiale droite avait seule été massée, mais comme le lapin avait fait plusieurs sauts, on pouvait admettre qu'ils avaient remplacé jusqu'à un certain point le massage, et qu'il y avait eu expression mécanique de l'encre de Chine dans les voies centripètes, par suite du rétrécissement consécutif aux flexions et aux extensions.

L'encre de Chine pouvait avoir été poussée par les contractions musculaires dans les lymphatiques des intervalles des muscles et les interstices du tissu conjonctif. On trouva dans le tissu cellulaire sous-cutané, au voisinage du genou, un peu d'encre de Chine des deux côtés : il y en avait beaucoup plus

dans les insterstices et les parties profondes du tissu conjonctif. A l'œil nu, il y a de grandes différences entre les deux membres ; il est possible de voir de larges dépôts d'encre de Chine dans le tissu conjonctif; dépôts qui s'étendent un peu à la jambe mais surtout à la cuisse ; du côté gauche qui n'avait pas été massé, il n'y avait de dépôts ni sur la cuisse, ni sur la jambe.

A la coupe de la cuisse on trouvait, dans le tissu conjonctif intermusculaire du côté droit, plusieurs dépôts importants, principalement au voisinage des gros vaisseaux sanguins, mais aussi partout où vont les lymphatiques cutanés. Rien de semblable vers la cuisse gauche, qui ne montre pas la moindre particule d'encre de Chine. A la jambe, cette particularité est encore plus prononcée. Comme les couches conjonctives qui séparent les muscles forment un réticulum de faible épaisseur, les arborisations à l'encre de Chine parfois très larges doivent, ainsi que l'a démontré l'examen microscopique, provenir de ce que les granulations d'encre de Chine se déposent dans les cloisons cellulaires qui enveloppent les faisceaux. J'ai d'ailleurs pu suivre avec beaucoup de peine et seulement dans le muscle sous-crural le dépôt d'encre de Chine, dans ces espèces d'aponévroses de 2e et de 3e ordre.

Les ganglions inguinaux des deux côtés étaient teints en noir, surtout ceux du côté droit ; deux cordons noirs de coloration intense permettaient de reconnaître les lymphatiques afférents. Au niveau de la rotule du genou massé, on trouvait une petite tache d'une coloration noire foncée ayant un diamètre double de celui d'un pois ; cette tache était juste au-dessous de la peau ; elle résultait de l'issue par l'orifice de la ponction d'une certaine quantité d'encre de Chine, à la suite d'un massage plus ou moins ancien. Toutes les autres ta-

ches étaient au dessous du tissu conjonctif sous-cutané.

Dans toutes, l'encre de Chine était répartie et incluse dans un réticulum, de telle sorte que les doigts n'étaient pas tachés quand on le touchait ou qu'on le disséquait. Le papier blanc mis en contact avec elles prenait une coloration sanguinolente sans traces de noir. A la jambe du même côté, la diffusion s'était faite entre les muscles jusqu'au voisinage du pied, surtout du côté antérieur et interne. A gauche, on ne trouvait point d'encre de Chine au-dessus du genou, sauf dans les ganglions où l'on en découvre en petite quantité, au microscope, vers la périphérie ; on en trouve un peu plus que dans les régions correspondantes du côté droit et jusqu'au voisinage du pied.

La ponction, comme on l'a dit plus haut, doit guérir très vite. En outre, en injectant une pleine seringue d'alcool dans l'articulation préparée, mais non massée, la capsule est distendue et pas une goutte de liquide ne sort après l'injection d'alcool concentré, la synoviale jusque-là claire et hyaline et simplement colorée en noir se trouble et présente un aspect un peu laiteux ; la jointure se fléchit à angle obtus.

Il y avait beaucoup plus d'encre de Chine dans l'articulation massée que dans celle qui ne l'avait pas été : elle avait pénétré assez profondément pour pour qu'on ne se tachât le doigt en aucun point ; du côté massé, le muscle crural et le muscle sous-crural étaient très noirs ; de l'autre, ils étaient rouges et sanglants ; de sorte qu'on doit admettre qu'ils étaient appropriés pour la résorption.

### Exp. II

Chez un autre animal, j'injectai dans l'articulation du genou gauche une seringue complète d'encre de Chine, puis, au bou t d'un instant, deux autres seringues et on massa ; l'animal étai

soigneusement tenu pendant l'injection, un peu d'encre de Chine sortit de la canule.

Le jour suivant, nouvelle injection d'une seule seringue; même chose les troisième, cinquième et huitième jours.

En même temps, je fis plusieurs injections sous les téguments de la tête afin de pouvoir établir avec quelle rapidité se ferait la résorption. La tumeur produite disparaît très vite comme le font dans les mêmes conditions celles qui suivent les injections sous cutanées médicamenteuses; quand on ne masse pas, elle disparaît au contraire peu à peu.

### Exp. III

On injecta dans chaque genou d'un autre lapin de l'encre de Chine et je massai aussitôt le genou droit; ensuite injection d'une demi-seringue dans chaque articulation du coude; une nouvelle seringue complète dans chaque articulation du genou. La chose fut très facile du côté droit; la masse du liquide est divisée immédiatement par le massage; à gauche, au contraire, la distension est très grande et une partie du liquide coule par la canule; une quantité plus grande encore s'écoule de la cavité de l'articulation dans le tissu du voisinage. Les jours suivants, on injecte dans chaque articulation du genou une seringue complète; dans les coudes, une demi-seringue et on masse du côté droit.

Le soir on répète la manœuvre, l'animal semble éprouver une douleur hors de proportion avec les accidents inflammatoires locaux. La capsule articulaire s'épaissit quelque peu; elle paraît plus rigide et plus tendue, la réplétion de la cavité est plus prononcée, elle est plus élastique et plus douloureuse. Les injections furent encore répétées trois fois dans le cours

de plusieurs jours et à chaque fois le massage fut fait du côté droit.

Le gonflement disparut régulièrement dans ce cas, les nouvelles quantités de liquide furent mieux supportées; la jointure fut plus flexible et plus capable de fonction. Du côté gauche, le liquide s'écoule naturellement dans les mouvements qui diminuent la capacité de la cavité articulaire. Une partie est résorbée, car de ce côté comme de l'autre, les organes de résorption ont leur capacité fonctionnelle; le liquide reste un certain temps dans la jointure; dans les mouvements de flexion et d'extension, il éprouve une certaine compression, de sorte qu'il est probable qu'une partie est refoulée dans les vaisseaux absorbants.

A l'autopsie, l'animal est un peu amaigri et imprégné partout d'encre de Chine. On ne saurait dire si l'amaigrissement résulte de l'action de l'encre de Chine ou des insultus traumatiques. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, on ne trouve que des traces d'encre de Chine; mais elles sont beaucoup plus nombreuses au voisinage de l'orifice de la ponction.

Du côté non massé, il n'y avait qu'un ganglion lymphatique qui présentât une coloration noire pâle dans le creux poplité; nulle part on ne trouvait au-dessus du genou de stries d'encre de Chine à direction centrale, tout semblait s'être infiltré entre les aponévroses de la jambe.

Ceci expliquait l'imprégnation du ganglion lymphatique du voisinage; elle ne venait pas du genou; mais l'encre de Chine y avait été probablement apportée des intervalles aponévrotiques par des vaisseaux absorbants de la jambe. Sur le membre massé, l'encre de Chine s'est largement diffusée dans une direction centrale dans le tissu cellulaire inter et intra-musculaire. Les vaisseaux sanguins sont accompagnés d'une teinte

noire, on suit deux cordons lymphatiques d'un beau noir jusqu'à un ganglion inguinal de même coloration ; les mêmes différences se rencontrent aux articulations du coude, quoique l'on trouve ici une expansion centrale de l'encre de Chine, du côté non massé.

Le résultat a toujours été le même. Du côté massé la diffusion du liquide est rapide ; il est poussé dans les vaisseaux lymphatiques et les espaces plasmatiques du tissu conjonctif de la cuisse; la direction va de la périphérie vers le centre. Le contraste est frappant, quand on examine la jointure non massée : l'articulation reste distendue ; dans un seul cas, on trouve un ganglion lymphatique de la cuisse imprégné, et il ne faudrait pas conclure de là que les vaisseaux afférents ont puisé le liquide dans la cavité synoviale. Des injections répétées, abondantes, avaient déterminé une tuméfaction du genou ; cette pression par augmentation du liquide n'avait point, comme le massage, poussé la substance colorée dans les voies d'absorption ; elle s'était infiltrée du côté où elle trouvait le moins de résistance, dans le tissu conjonctif du voisinage et celui qui sépare les muscles de la jambe ; il est possible que les mouvements et l'action de la pesanteur aient favorisé cette évolution ; il est possible aussi que les traces d'encre de Chine trouvées dans un ganglion de la cuisse aient été apportées par les lymphatiques des interstices infiltrés.

Aucune ambiguïté n'est possible pour l'interprétation des faits : le massage a poussé la matière dans les voies centripètes, il a activé sa résorption à tel point qu'il n'y a aucune comparaison entre le côté massé et celui qui ne l'a pas été.

Pourtant l'animal ne fut point fixé, il pouvait courir, sauter ; les contractions musculaires étaient aussi énergiques d'un côté que de l'autre ; elles favorisaient au même titre la marche des liquides à droite et à gauche. Un autre argument en faveur de notre hypotèse, c'est que le manuel opératoire a une sérieuse importance ; dans quelques cas où le massage fut fait par des mains inhabiles, il n'y eut point de liquide dans les voies lymphatiques, mais une simple diffusion dans le tissu cellulaire.

Il existe un coefficient d'absorption normal ; les articulations qui renferment constamment de la synovie ne sont pas plus soustraites aux échanges organiques que les autres cavités séreuses. Si, après avoir introduit l'encre de Chine, on eût abandonné l'animal à lui-même, il y aurait eu probablement résorption totale ou partielle. Dans les expériences précédentes il avait été sacrifié de bonne heure avant même qu'un tel processus eût le temps de se dessiner. Il fallait faire une recherche contradictoire et voir comment se passeraient les choses en laissant écouler un certain temps entre l'injection, le massage et la mort du lapin.

### Exp. IV

On choisit un lapin le plus vigoureux possible, de manière qu'il puisse résister à des insultus répétés ; puis, pendant quatorze jours on fit, souvent deux fois de suite le même jour, des injections dans les quatre articulations du genou et du coude. Le côté droit fut massé légèrement, le plus souvent avant une injection nouvelle, de manière à pouvoir vider l'articulation sans grand insultus mécanique.

Après la dernière injection on laissa passer quinze jours. L'animal, qui avait notablement maigri, reprit ses forces et son embonpoint. Les ganglions placés des deux côtés au-dessus du genou, contenaient une assez grande quantité d'encre de Chine. Les aponévroses, le tissu conjonctif inter-musculaire en renfermaient une petite quantité du côté peu massé ; au contraire, il y en avait beaucoup de l'autre. Il semblait que le sang en renfermait lui-même extrêmement peu.

Au début, il y avait eu, à la suite des injections répétées, tuméfaction de quelques ganglions du creux poplité et de l'aîne ; ces derniers étaient notablement plus volumineux que les autres, surtout du côté massé.

Cette expérience confirme les précédentes, le massage a hâté la résorption ; du côté où il n'a pas été fait, l'article et les espaces lymphatiques voisins renferment encore de l'encre de Chine ; pour en trouver de l'autre côté, il faut remonter parfois jusqu'aux ganglions inguinaux.

N'est-ce pas la preuve de l'opinion que nous avions formulée, après l'interprétation des faits observés ?

Le massage est un agent énergique, il détermine parfois, favorise toujours l'absorption des produits préformés qu'il pousse dans les voies lymphatiques centripètes. Des procédés, qui pouvaient sembler purement empiriques, sont rationnels.

Mosengeil a été, je crois, le premier qui ait entrepris des recherches dans un but déterminé, qui se soit proposé d'étudier non plus la physiologie de tel ou tel tissu, la manière dont il réagit à la suite d'une série d'excitations, mais de voir ce que fait au juste le massage, quelle est la différence de l'absorption et de la diffusion d'une substance colorante dissoute dans un membre qui a été massé et dans un autre qui ne l'a pas été. Cette différence est aussi nette qu'on peut l'exiger ; dans le premier cas, nous avons eu des processus comparables aux processus pathologiques, la matière étrangère à l'organisme a été absorbée, transportée : il est facile de comprendre ce qui serait arrivé si, au lieu de noir de Chine, on avait pris une substance septique. Dans le second cas, il est inutile de supposer l'intervention d'aucune force vitale, le liquide s'est infiltré dans le tissu conjonctif par imbibition comme il se serait infiltré dans n'importe quelle trame. Ces faits ne sont pas restés isolés ; l'expérimentation avait donné des résultats, il était facile de prévoir qu'on essayerait de les compléter.

Sturm et Salis ont obtenu exactement les mêmes que Mosengeil. Reibmayr et Haffinger ont étendu au péritoine les expériences faites sur les synoviales articulaires. Ils ont injecté de l'eau dans sa cavité chez plusieurs lapins; un deux est massé (pétrissage de l'abdomen) pendant 10 minutes et un autre ne l'est pas, on les sacrifie tous les deux à la fin de l'heure. Chez deux autres lapins, le massage se fait pendant la première et la deuxième heure aussi longtemps que possible, et on les sacrifie à la fin de celle-ci. Pendant la deuxième heure, il y avait moins de résorption chez le lapin massé que chez celui qui ne l'avait pas été. Les modifications de la pression abdominale et l'aspiration résultant des mouvements faits pendant la première heure avaient renversé les conditions dans la seconde. Voici du reste ces résultats tels que les a résumés Kleen.

| Moment | Proportion 0/0 du poids d'eau par rapport au poids du corps résorbé. | |
|---|---|---|
| | sans massage | avec massage |
| 1re heure | 4,57 | 9,09 |
| 2e — | 5 .83 | 1 20 |
| Total p. 2 h. | 7,40 | 10,29 |

Le massage modifie l'absorption dans les interstices des tissus comme à la surface des séreuses; plusieurs facteurs y contribuent. Nous avons suffisamment insisté sur le rôle des lymphatiques; le courant sanguin ne reste pas inactif, la pression exercée sur les

veines hâte leur déplétion et diminue la stase s'il en existe. On a dit qu'il se produisait quelque chose d'analogue à ce qui se produit dans la pompe aspirante et foulante ; j'aimerais mieux que l'on parlât de l'aspirateur classique des physiciens : plus l'écoulement est rapide, plus l'aspiration est énergique. Mais a-t-on tout bénéfice à masser ? La circulation artérielle est centrifuge, et nos frictions lui sont directement opposées. Sans doute, mais les troncs artériels sont profonds, leurs parois ont une contractilité propre, grâce à laquelle un obstacle léger et temporaire est vaincu sans difficulté. La vis a tergo est exactement la même dans le réseau capillaire, qu'on masse ou qu'on ne masse pas. La force propulsive restant constante et la tension veineuse diminuant, la résultante est une augmentation de la circulation artérielle dans une région donnée, une diminution des congestions. On peut concevoir la cellule isolée comme un appareil complet doué d'une force d'adaptation merveilleuse. Si les mouvements sont rapides dans l'atmosphère vivante qui l'entoure, son action sera énergique et sûre. La circulation se fait mieux, l'absorption se fait mieux, les chances d'exsudation, de transformation et d'organisation de l'exsudat diminuent; il est même possible que quand celui-là existe, il soit repris et disparaisse. Pour cela il faut une intervention additionnelle dont nous n'avons rien dit

encore ; nous nous sommes placés dans l'hypothèse la plus simple, nous ne devons ni rompre une fibre, ni fragmenter un agrégat : au lieu de massage, nous aurions pu écrire effleurement. Les praticiens modifient leur manière de faire suivant le cas, s'ils ont affaire à des lésions déterminées et tangibles, ils ne se bornent plus à passer légèrement à la surface du corps la pulpe du doigt ou la paume de la main, ils frottent et pétrissent ; c'est que la résorption ne peut se produire sans fragmentation préalable. L'accélération du courant lymphatique ne suffit pas pour qu'il reprenne un exsudat organisé de vieille date ; il faut que celui-ci soit amené à un état de division qui ressemble à celui de l'encre de Chine délayée ; que ses particules soient assez fines pour qu'elles puissent être saisies par les bouches absorbantes, qu'il subisse en partie la dégénérescence graisseuse ; le massage énergique provoque tout cela : il a un autre avantage, celui de détruire les capillaires qui nourrissent des exsudats.

L'accélération circulatoire est encore augmentée par l'intervention du système nerveux, d'autres fois par celle des éléments musculaires.

Afin de savoir ce que deviennent sous l'influence du massage les réflexes vaso-moteurs, Zabludowski a fait des recherches avec le pléthysphymographe de Mosso. Dans la plupart des cas, il a noté une dilatation,

plus rarement une constriction; la pression fut mesurée dans les radiales avec le manomètre de Bach; on fit le massage d'un des bras. Avant l'expérience, cette pression, était de 125 millimètres, elle s'éleva après 10 à 30 minutes de 20 à 30 millimètres dans le bras non massé. L'importance de ces résultats est un peu amoindrie par les imperfections des recherches, mais celles de Kleen, faites avec une très grande précision, démontrent que le massage agit sur la tension musculaire comme la plupart des excitations mécaniques; il l'élève d'abord; arrivée à un certain point, elle cesse de monter, puis redescend.

Bien souvent, quand on est en présence de lésions musculaires, on a recours au tapotement; nous avons dit comment nous le faisons; cette succession de traumatismes légers est le meilleur moyen de produire l'excitation. Schiff, Kühne, Kölliker ont démontré que l'excitation mécanique suffit pour provoquer des contractions des fibres musculaires, complétement indépendantes du système nerveux, encore une condition excellente pour accélérer la circulation.

Zabludowski a prouvé par une ingénieuse expérience que le massage fait disparaître rapidement la fatigue [1]. Une personne reposée, lève à bras fléchi un poids jusqu'à ce que le bras soit fatigué, on fait l'ef-

1. Die Anvendung der Massage für die Chirurgie und ihre... Grundlagen.

fleurage pendant 5 minutes et au bout de ce temps la même personne peut donner un travail musculaire plus important qu'auparavant ; au contraire, si on ne fait rien, elle doit attendre un quart d'heure au moins pour reprendre son exercice. Les contractions produites par voie réflexe sont plus énergiques après qu'avant le massage (c'est encore une remarque de Zabludowski) ; celui-ci n'influe pas sur l'excitabilité réflexe de la moelle ; mais, comme la puissance des muscles est augmentée, leurs contractions ont plus d'énergie. E. Kleen rapporte qu'un chef d'orchestre de ses amis se fait faire l'effleurage du bras toutes les fois qu'il doit diriger ses musiciens pendant une séance un peu longue; il est beaucoup moins fatigué que s'il n'avait pas eu recours à ce moyen [1].

Il est encore possible d'expliquer l'action sur la fatigue par l'augmentation de l'absorption : cette sensation est une conséquence de l'oxydation des tissus et de l'accumulation des phosphates, des acides carbonique et lactique; qu'on hâte leur disparition et la fatigue cesse plus vite que par le repos seul. La physiologie explique de l'influence du massage dans les névralgies, nous verrons lorsque nous en parlerons que contre elles nous employons surtout la pression, le tapotement et les trépidations sur le trajet des nerfs, toute pression un peu énergique produit l'engourdis-

1. Handbok i massage, 1er Hæft. p. 38.

sement d'abord, l'anesthésie ensuite. La même chose se passe du côté des nerfs moteurs. Tigerstedt a démontré que leur excitabilité augmentée par une pression très faible est diminuée ou supprimée par une forte[1].

Nous n'ajouterons pas autre chose sur l'action physiologique; nous avons voulu donner simplement un aperçu dans ce chapitre général et montrer les résultats auxquels a conduit l'expérimentation; quand nous analyserons les applications, nous tâcherons de nous expliquer ces résultats; nous chercherons dans les données actuellement acquises la raison d'être des faits que nous aura révélés la clinique.

1. Studién ueber mechanische Nervenreizung, Helsingfors, 1880.

# CHAPITRE IV

## Massage dans les maladies des articulations.

Il est indispensable de commencer par les jointures lorsqu'on veut exposer les applications thérapeutiques du massage. C'est en effet dans leurs affections qu'on l'a employé le plus souvent ; il y a peu d'arthropaties contre lesquelles on ne l'ait essayé. Ceux mêmes qui en ont le plus restreint l'emploi l'admettent dans une partie des cas chroniques. Pour en discuter les indications, pour expliquer son mode d'action, il faudrait passer en revue presque toute la pathologie des jointures ; nous ne saurions entreprendre cette tâche. Nous nous bornerons donc à jeter un coup d'œil sur les principales maladies traitées par le massage, à montrer ce que l'on a obtenu et à faire entrevoir ce que l'on peut espérer. Nous passerons en revue les maladies articulaires dans l'ordre suivant :

1° Les affections traumatiques, (entorses et luxations).

2° Les affections inflammatoires aiguës et chroniques.

3° Les maladies diathésiques (Rhumatisme, arthrite sèche, goutte).

4° Les affections secondaires. Raideurs articulaires.

5° Les affections du voisinage, particulièrement celles des bourses séreuses péri-articulaires ou sous-musculaires.

Nous étudierons les ténosynovites avec le système musculaire :

## § 1er. — MASSAGE DANS LES AFFECTIONS TRAUMATIQUES DES ARTICULATIONS.

I. *Entorses.* — Opinions des auteurs relatives à l'action du massage dans l'entorse. — Données fournies par la statistique suivant qu'on masse ou qu'on immobilise. — Précautions à prendre pour le massage. — Observations relatives à des entorses de différentes jointures : Articulations, tibio-tarsienne, du genou, de la hanche, de l'épaule.

Ce que nous savons de l'action physiologique du massage nous autorise-t-il à déclarer que son emploi dans l'entorse est rationnel ? Si nous n'avions ni statistique, ni faits, pourrions-nous supposer qu'il doit rendre des services contre les accidents immédiats ou consécutifs, les atténuer et en faciliter la disparition ?

Entorse, foulure sont des expressions populaires indiquant des complexus morbides d'origine trau-

matique, assez mal déterminés ; en règle générale, les jointures ne sont pas directement intéressées ; il existe plutôt des déchirures du tissu conjonctif ou des gaînes tendineuses musculaires du voisinage ; parfois l'entorse n'est en réalité qu'une ténosynovite traumatique aiguë correspondant aux fléchisseurs, aux extenseurs des orteils, au long péronier latéral ou à d'autres muscles ; parfois il n'existe au début qu'une irritation consécutive aux tiraillements qui ont suivi l'accident ; plus tard, il se fait un épanchement dans les gaînes, présentant certaines prédispositions.

L'anatomie pathologique nous apprend peu de chose ; on est arrivé avec les recherches expérimentales de Bonnet et l'analyse des symptômes à conclure qu'il y avait dans les cas légers une distension exagérée des ligaments, dans les cas graves, des déchirures, des ruptures vasculaires et des extravasations sanguines. Les phénomènes cliniques constants sont : au début l'ecchymose, la douleur, l'impuissance fonctionnelle ; plus tard les accidents inflammatoires, l'œdème de voisinage ; la raideur de la jointure. Presque tous sont sous l'influence du même facteur étiologique : l'épanchement sanguin primitif. Le sang agit comme irritant, il entrave la réunion des tissus et détermine des réactions inégales, dont la régularisation est lente et qui ne sont pas

toujours salutaires. Nous savons que le massage hâte la résorption, les expériences de Mosengeil l'ont démontré. La pression convenablement faite sur une jointure, active l'entrée des liquides dans les vaisseaux absorbants et par contre-coup leur diffusion dans l'économie. « On transforme avec le massage, dit Philippeaux, un épanchement circonscrit et d'une épaisseur considérable en une infiltration générale ou plutôt en une nappe sanguine large, mince, répartie de l'extrémité du membre vers sa base, et disséminée dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané où se trouvent les radicules veineuses et lymphatiques, organes actifs de l'absorption interstitielle[1]. »

Il est donc absolument indiqué dans l'entorse ; on l'a employé bien longtemps avant que le mécanisme de son action fût soupçonné.

Pouteau déclarait qu'on pouvait par ce moyen la guérir d'une façon extemporanée. « Je ne sais par quelle fatalité, disait-il, les chirurgiens ne sont pas ordinairement heureux dans cette petite entreprise qu'on abandonne à des gens sans expérience et qui s'en acquittent pourtant bien[2]. » Cet abandon est signalé presque dans les mêmes termes par les écri-

1. *Étude pratique sur les frictions et le Massage ou Guide du médecin masseur*. Paris, 1870.

2. Estradère, *Op. cit.*, p. 156.

vains de notre temps. « Le massage, dit M. Duplay à propos du traitement de l'entorse, a été le plus souvent abandonné aux rebouteurs[1] », et Hüter ajoute que cet abandon fait leur fortune : s'ils ont plus de vogue que les médecins dans le traitement des maladies de jointures, c'est parce que ces derniers ignorent les principes rationnels de leur traitement[2]. » Le reproche est un peu mérité ; on a entendu parler vaguement du massage et on s'en défie, voilà la vérité. Les succès des empiriques grossis et prônés outre mesure ont peut-être plus nui à la méthode qu'ils ne lui ont servi. Ils ont eu d'éclatants revers parce que des indications ont été mal interprétées, parce qu'on a laissé sans les réduire des luxations méconnues, ou empêché la consolidation de fractures. De l'audace et une certaine habileté ne suffisent pas pour prévenir de pareils accidents.

« En appliquant le massage avec lenteur, avec prudence, dit M. Mullier, et beaucoup de douceur, je guéris presque sans douleur, contrairement aux rebouteurs. — Celles-ci sont d'ordinaire si fortes, me disait un officier de mon régiment qui s'était fait masser par l'homme de Thélus, que l'expression me manque pour vous les décrire[3]. » Bonnet raconte qu'un homme

1. Follin et Duplay, *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 166.
2. *Klinik*. d. *Gelenkrankh*.
3. Archives méd. belges, t. VIII, 1875, p. 22.

traité d'une entorse du genou par une jeune et habile masseuse guérit en une seule séance; mais l'opératrice fut tellement impitoyable que le pauvre patient perdit trois fois connaissance pendant qu'elle le traitait.

» Si la main d'une femme, ajoute Mullier, peut infliger un tel supplice, quel nom donner au martyre que fera endurer à son client un robuste paysan convaincu qu'il ne saurait apporter trop de force dans l'exercice de ses fonctions! »

Bon nombre de chirurgiens hésitaient à appliquer le massage abandonné aux empiriques qui guérissent ou nuisent au hasard. Il n'y a pas deux manières de combattre cette indifférence : il faut prouver qu'avec lui on guérit plus vite et mieux que par l'immobilisation ou les dérivatifs. J'en ai eu souvent des exemples : une personne fait un faux pas, il en résulte une légère entorse tibio-tarsienne; elle ne peut marcher et se met au lit. On applique des compresses d'eau blanche, on immobilise la jambe pendant plusieurs semaines; la même personne se fait une nouvelle entorse de la même jointure et elle est guérie en vingt-quatre heures par le massage. N'est-ce pas là une présomption en faveur de son utilité?

Nous avons pu nous convaincre *de visu* dans des cas différents par leur marche et l'intensité des phénomènes initiaux, que le massage est très souvent utile.

Personne ne le rejette absolument mais quelques-uns le placent en seconde ligne. Bonnet qui s'en est servi n'a pour lui qu'une médiocre estime. « J'ai pratiqué quelquefois, dit-il, le massage d'articulations atteintes d'entorse ; toujours j'en ai obtenu un soulagement, jamais une guérison complète... Il est vrai de dire que je n'ai pas pris l'ensemble des précautions conseillées par M. Magne : et n'ayant fait des frictions que pendant quelques minutes, je ne puis citer mes observations comme propres à juger la méthode[1]. »

Cet aveu nous explique que le procédé n'ait pas donné entre ses mains tout ce qu'on pouvait en attendre et que, dans un autre ouvrage, il revienne sur ce jugement peu favorable[2].

Peut-être eût-il mieux fait de surmonter sa défiance et de se placer dans les mêmes conditions que l'observateur cité. Le procédé de Magne, dont parle Bonnet, n'a rien qui doive effrayer même un praticien timoré : il ressemble à l'un de ceux que nous avons décrits au *Manuel opératoire*.

« On commence par pratiquer sur le membre, en passant sur la jointure, des frictions très légères et dont on augmente graduellement l'intensité. Ces frictions doivent être faites sur tout le pourtour de

1. *Traité des maladies articulaires*, t. I, p. 236 et suiv.
2. *Thérapeutique des maladies articulaires*, p. 2.

l'articulation, en insistant néanmoins plus longtemps sur les points les plus douloureux. Le premier temps de l'opération doit durer de quarante-cinq minutes à une heure. A cette époque, la douleur et le gonflement ont déjà sensiblement diminué ; on fait exécuter à l'articulation quelques légers mouvements, puis on revient aux frictions que l'on porte au point du véritable massage. Au bout de trente à quarante minutes de ces nouvelles pratiques, on fait mouvoir l'articulation dans tous les sens pendant cinq à dix minutes ; cette épreuve n'amène déjà presque aucune douleur.

» Enfin, on termine cette série d'opérations par un massage de quinze à vingt minutes, après quoi l'on prescrit au blessé de marcher. La durée totale de l'opération est d'environ deux heures »[1].

C'est l'effleurage combiné aux frictions et aux mouvements actifs et passifs ; mais les séances sont plus longues que dans la méthode de Mezger. Cette prolongation, qui n'est pas de première utilité, n'a rien d'irrationnel. Malgaigne, s'occupant du massage et des mouvements passifs dans les luxations et les raideurs articulaires[2], n'en parle, à propos des entorses, que pour le proscrire si elles sont compliquées de fractures, car il faut toujours avoir présent à l'esprit que l'exercice prématuré du membre, produisant

1. *Gaz. méd.*, 1836, n° 50.
2. *Leçons d'orthopédie*, p. 15.

directement la mobilité des fragments, prédispose aux fausses articulations, affections beaucoup plus graves que tous les inconvénients du repos prolongé réunis, etc.

En Allemagne, il y a longtemps que les chirurgiens ont une autre opinion. « Quelques médecins, disait Volkman en 1865, emploient une médication empruntée aux empiriques et ayant peut-être pour origine des erreurs de diagnostic dans lesquelles on a confondu les entorses avec de vraies luxations : on l'appelle méthode par frictions. Elle consiste principalement à soumettre aussitôt après l'accident l'articulation à de fortes tractions et à des mouvements passifs énergiques. Les résultats de ce procédé, qui n'est pas tout à fait à rejeter, sont quelquefois une disparition de la douleur, et une restitution rapide des fonctions du membre : en revanche, on ne peut pas douter qu'il exagère parfois l'inflammation. Probablement, il s'agissait, dans les cas d'éclatants succès, de la *réduction de tendons* ou *des cartilages inter-articulaires déplacés* ; de *la libération* de *plis synoviaux incarcérés* ; le chirurgien n'aura recours à de semblables manipulations que s'il a des raisons de supposer qu'il existe des obstacles de cette nature par suite de l'abolition de certains mouvements de l'articulation. Dans d'autres cas, le même moyen peut agir comme anesthésique.

« Comme l'a démontré Hueter, ce procédé est mieux indiqué à une époque plus tardive, lorsque les accidents inflammatoires ayant disparu, il ne reste qu'une rigidité douloureuse. Il n'y a pas de meilleur moyen que des mouvements passifs systématisés, exécutés au besoin pendant la narcose chloroformique ; on pourra en même temps soumettre la jointure et son voisinage à des frictions, à un pétrissage systématique. Ces manipulations sont extrêmement douloureuses au début, mais souvent, comme j'ai pu m'en assurer, elles ont une action *magique* et presque *instantanée*, de sorte qu'une articulation de la main ou du pied rigide et immobile devient, après deux séances, indolente et apte à remplir ses fonctions [1]. »

Nous serions tenté d'épiloguer sur les dernières lignes et de placer la méthode sous le patronage du chirurgien de Halle, ce serait aller contre l'esprit de l'article. Volkman se défie des moyens que les médecins empruntent aux profanes, et s'il ne proscrit pas les mouvements actifs et passifs, leurs indications sont circonscrites par lui dans des limites étroites ; le massage n'est qu'un accessoire. Les travaux ultérieurs du même auteur prouvent que notre interprétation est exacte. Dix ans après que parut le volume

1. *Gelenkkrankheiten* in *Pitha und Billroth*, Hand. d... Chir. Bd. II 2te Abth, p. 619-620.

dont nous avons traduit ces lignes, il publia un compte rendu détaillé de son service de 1873 à 1875, illustré de commentaires et de remarques pleines d'intérêt. Au chapitre des distorsions, il est question des déplacements et des lésions que des mouvements ou des manœuvres bien comprises guérissent plus vite qu'on n'oserait l'espérer, mais on ne dit rien ni des frictions, ni du pétrissage.

« Nos 94 observations d'entorse se partagent de la manière suivante : il y en a eu 6 de l'épaule, 14 du coude, 17 du poignet, 17 du genou, 40 du pied. Le traitement fut celui qu'on emploie ordinairement. Dans les cas graves, on eut recours aux appareils à immobilisation. A vrai dire, les détails manquent sur ces cas, nous n'avons jamais eu connaissance qu'aucun d'eux ait abouti à une arthrite fongueuse ou à une suppuration articulaire.

» Dix seulement ont été suivis avec soin. Leur particularité consistait en ce que peu après l'accident, l'articulation était immobilisée dans une situation donnée et qu'elle ne put être ramenée à l'état normal que par certaines manipulations. Il est certain qu'il s'agirait d'interpositions, de déplacements ou d'incarcérations de la synoviale : il est difficile de dire à quel mécanisme les attribuer dans un cas donné[1]. »

Une énumération rapide nous apprend de quelle

1. *Beiträge zur Chirurgie*. Leipzig, 1875. p. 132.

nature ont été ces manipulations libératrices. Ainsi, chez une fillette de six ans qui avait été jetée par terre en jouant avec un enfant de son âge, la main était à demi fléchie et en pronation ; tous les mouvements étaient douloureux, un mouvement de supination rapide provoqué avec extension énergique et une extension consécutive restituèrent le mouvement et firent disparaître la douleur.

M. Duplay n'ose pas plus recommander que Volkman le massage dans l'entorse, cependant il se garde de le rejeter et de regarder comme lettre morte les travaux de ses partisans. « En présence de faits nombreux de guérison rapide obtenus par son emploi, dit-il, on ne peut s'empêcher de reconnaître l'utilité de ce moyen de traitement. Cependant il faut savoir qu'il ne convient pas à tous les cas et qu'il peut déterminer des accidents graves lorsqu'on l'emploie d'une manière aveugle. Nous repoussons le massage dans l'entorse compliquée, et nous le croyons surtout utile dans les cas de simple distension des ligaments. Mais même alors, on doit s'attendre à ne pas toujours réussir, et peut-être faute d'une habitude assez grande, nous avons vu le massage échouer complètement entre nos mains [1]. »

Nous avons dit, à plusieurs reprises, que notre expérience personnelle était favorable au traitement

1. *Loc. cit.*, p. 167.

de l'entorse par le massage, et nous avons fait une excursion dans la littérature pour savoir ce qu'en pensaient les maîtres qui ont étudié les maladies des jointures et de leurs annexes : nous n'avons rencontré nulle part une réprobation absolue. En France, on hésite et on temporise : admettons le massage, mais avec précaution, sous bénéfice d'inventaire, et surtout pas d'engouement ni d'enthousiasme ; ne lui demandons que ce qu'il peut donner et gardons-nous de l'expérimenter dans les entorses compliquées, car ce serait le malade qui ferait les frais de l'expérience. Voilà ce que disent en d'autres termes et avec autorité, Bonnet, Malgaigne, Duplay. En Allemagne, Volkman n'est guère plus hardi, il redoute avec les auteurs précédents la mauvaise foi et l'ignorance des empiriques, des *Laien*, comme il dit ; en revanche, quand il a fait le massage dans l'entorse, il s'en est bien trouvé : cette constatation vaut un long plaidoyer. Hueter est convaincu, et n'est pas loin de morigéner les médecins qui ne le sont pas eux-mêmes. A qui les faits donnent-ils raison ? Ceux qui ont osé avouer qu'ils avaient emprunté un procédé aux rebouteurs n'eussent pas fait cet aveu s'ils n'avaient pu légitimer leur hardiesse par des statistiques. S'ils n'avaient pu prouver qu'avec le massage on guérit plus vite et mieux qu'avec un autre moyen, ils auraient apporté un ou deux exemples en se bornant à les commenter et on leur eût vite

opposé la règle de critique historique *testis unus*, *testis nullus*.

Les statistiques françaises, les premières par ordre de date, sont toutes favorables. En 1836, Magne n'avait que 4 cas dont un ancien, ils avaient guéri en une seule séance ; Millet de Tours a rapporté 12 ; les plus longs n'ont demandé que quatre séances. Dans 6 donnés par Phélippeaux, il a fallu de une à quatre séances, un septième plus rebelle ne fut guérie qu'au bout de six semaines, mais les accidents dataient de trois mois. M. Cabasse, un médecin militaire qui a fait du massage pendant plus de vingt ans, ne détaille point ses observations ; elles l'ont seulement amené à la conviction que c'est le moyen le plus efficace qu'on puisse employer contre les entorses.

Elleaume n'a que 4 cas ; tous ont été guéris après deux séances. Pendant le siège de Paris. M. Panas traite par le massage 20 entorses du pied et 7 du poignet ; après 4 à 7 jours les accidents disparaissaient [1].

Les statistiques de l'étranger ne sont pas moins bonnes, elles ont été faites par des spécialistes, des médecins de l'hôpital, des chirurgiens militaires qui avaient pour objectif de mettre le plus vite possible leurs hommes en état de faire le service.

1. *Gaz. hebdom.*, 1871.

En Belgique, Mullier a relevé les entorses traitées par le massage pendant les années 1873-74. « Quelques-unes étaient graves, compliquées d'épanchements considérables, d'autres de moyenne intensité, enfin le reste n'était que des entorses légères. Il y a eu 37 malades dont le traitement a été de 344 jours ; ce qui donne une moyenne de 9 jours ; le plus long séjour à l'hôpital a été de *vingt-quatre jours*. « Je n'ai pu constater, ajoute l'auteur, ni récidive ni revers et beaucoup de mes malades ont été guéris après deux ou trois frictions bien faites. » Il compare ensuite ces résultats à ceux qu'a donnés, dans le même hôpital, en 1871-72, la méthode amovo-inamovible, résultats enregistrés par un de ses collègues, le Dr Fontaine. Il y a eu 42 hommes atteints d'entorses à divers degrés dont le traitement comprend une durée de 1097 jours, soit 25 jours, en moyenne, quinze jours de plus qu'avec le massage pour chaque cas. Le plus long séjour à l'hôpital avec la méthode amovo-inamovible a été de *soixante-et-un jours*.

« Pendant les mois de novembre et de décembre 1876, dit le Dr Korn, aide-major au 1er régiment d'artillerie de Saxe, j'ai eu l'occasion de réunir un certain nombre d'observations de traumatismes survenus pendant les exercices de voltige auxquelles on attache une grande importance dans les batteries d'artillerie montées. Les 62 conscrits, arrivés au corps le

8 novembre, faisaient les exercices une heure par jour, et les 64 autres 3 heures. J'ai eu en traitement 5 hommes pour des entorses du poignet, 2 pour des entorses du genou, 1 pour une entorse tibio-tarsienne et trois pour des entorses des doigts.

» On connaît la fréquence de pareils accidents chez les soldats et leur longue durée ; comme les exercices sont nécessaires et qu'ils en dispensent, les médecins militaires doivent apporter toute leur attention à les guérir le plus vite possible pour qu'une longue suspension de service ne nuise pas à leur instruction militaire et que des complications à marche lente ne les obligent pas à suivre un traitement ultérieur prolongé ou à rester à la charge de l'État comme Invalides [1]. »

Après avoir fait rapidement l'histoire du massage et rapporté ce qu'en pensent d'autres médecins militaires autrichiens ou allemands comme MM. Podrazki et Gasner, l'auteur énumère un certain nombre de cas dans lesquels il l'a appliqué.

« J'espère, dit-il, en terminant, que les succès obtenus dans les contusions et les entorses démontrent l'utilité de ce moyen qui paraît spécialement avantageux en médecine militaire. »

En Danemark, Johnsen a rapporté, au début de sa statistique, 7 observations d'entorses guéries dans un intervalle de 1 à 22 jours ; une, après 19 jours, avait

1. Deutsche Zeitschr. für prakt. Medicin, 1877, nº 26.

une gravité sérieuse : celle qui réclama 22 jours datait d'un mois ; enfin deux autres furent seulement améliorées ; l'une siégeant sur une articulation temporo-maxillaire, avait eu pour cause un mouvement énergique pour broyer une croûte de pain et datait de quatre mois. L'autre était une entorse tibio-tarsienne de six semaines ; le malade dut interrompre le traitement à cause d'un voyage[1].

Ces chiffres prouvent que le massage a d'excellents résultats dans l'entorse. Malheureusement, à part Mullier, aucun auteur n'a donné de statistiques comparatives. Quelle est la durée habituelle de l'entorse ?

« Dans la plupart des cas, dit Volkmann, les symptômes inflammatoires disparaissent peu à peu chez les personnes de bonne constitution et soumises à un traitement bien compris ; au bout de quelques jours ou de quelques semaines, il ne reste plus rien et le malade recouvre l'usage complet de son membre. »

Duplay n'est pas plus précis. « D'après lui, les mouvements, d'abord un peu douloureux et difficiles, se rétablissent petit à petit ; enfin au bout de deux ou trois semaines, les malades peuvent se servir librement du membre blessé. Il est difficile de tirer parti de pareilles données ; quand nous apportons des cas de guérison après une ou deux séances, on peut les

1. Hospitals-Tidende, 13 février 1878, p. 98.

faire rentrer dans ce laps de temps élastique désigné par quelques jours ou quelques semaines.

Les statistiques pures et simples dans lesquelles les faits enregistrés sans commentaires et sans but déterminé sont rares; nous n'avons guère en France que celle de M. Péan [1], publiée à la suite de ses *Leçons de clinique chirurgicale.*

Les observations d'entorses rapportées dans cet ouvrage sont au nombre de 61 ainsi réparties d'après leur siège :

| | |
|---|---|
| Poignet | 3 |
| Genou | 3 |
| Colonne vertébrale (région du cou) | 2 |
| Articulation tibio-tarsienne | 52 |
| Métatarso-phalangienne | 1 |

Le traitement fut dans tous ces cas fondé sur le même principe : l'immobilisation. On fit garder rigoureusement le lit au malade aussitôt après son entrée à l'hôpital. Lorsque la chose paraissait nécessaire on plaçait le membre dans une gouttière, on appliquait des compresses résolutives et si plus tard les accidents persistaient, on mettait un appareil silicaté.

Retranchons de la statistique les deux cas d'entorses vertébrales dont l'un avait été suivi de perte

1. *Leçons de clinique chirurgicale* professées à l'hôpital Saint-Louis. Paris, G. Baillière, t. I à VII, 1876-1890.

de connaissance et d'épistaxis. Nous trouvons que la durée minimum du séjour à l'hôpital a été de 3 jours (dans un seul cas), la durée maximum de 42 jours. Il a fallu en tout, pour 58 malades, 919 jours de traitement, ce qui fait un peu plus de 15 jours par individu. Notons que, dans tous ces cas, il ne s'agit que d'entorses proprement dites, sans fractures ni luxations concomitantes. Les malades sont entrés aussitôt après l'accident ; une fois seulement, celui-ci remontait à quatre jours. Dans les deux cas les plus graves, qui réclamèrent 28 jours et 42 jours de traitement, tout n'était pas fini à la sortie et après l'enlèvement de l'appareil silicaté, un d'eux gardait de l'œdème périmalléolaire ; un autre, une raideur articulaire entravant notablement les mouvements de la jointure.

Dans tous ces cas le traitement par immobilisation a été rigoureusement appliqué et poursuivi autant que la chose semblait nécessaire ; les résultats laissent donc à désirer puisqu'ils nous donnent pour l'entorse simple traitée de bonne heure une durée moyenne de 15 jours.

Nous sommes loin des guérisons après une ou deux séances ; de plus pendant tout le temps qu'a été appliqué l'appareil silicaté, les malades ont dû marcher avec des béquilles. Dans les cas que nous avons traités, ils ont souvent regagné leur domicile à pied,

en s'appuyant simplement sur une canne ; dans ceux de Mezger, c'est la même chose.

Pour réussir il faut des précautions simples mais indispensables ; ne point agir à l'aveugle, savoir ce que l'on veut et où l'on va. Plus l'épanchement est récent, plus la résorption est facile. Malheureusement cette donnée n'est admise ni par les médecins ni par le public. On laisse les exsudats s'organiser et le massage n'intervient qu'en dernier ressort pour réparer le préjudice causé par d'autres traitements. Le malade souffre, la jointure est tuméfiée, comment pourrait-on songer à une médication mécanique ? On ne pense plus que si l'on masse convenablement, c'est le meilleur mode d'anesthésie qu'on puisse trouver ; aucun n'a aussi vite raison de l'infiltration du tissu cellulaire. Tous les cas ne sont pas guéris dans le même temps ; j'ai eu de bons résultats au bout de 24 heures, dans d'autres il fallait 15 jours ou plus. S'il s'agissait de désordres identiques, s'il n'y avait pas de complications, les différences tenaient toujours à l'intervalle qui s'était écoulé entre l'accident et la première séance. L'expectation peut être funeste ; nous avons vu les tristes constatations de Bizet : une partie des amputations de la jambe faite il y a 50 ans chez des militaires avaient pour cause des accidents éloignés des entorses. Il n'est jamais bon de laisser chez les scro-

fuleux une affection périarticulaire passer à l'état chronique. Les phénomènes initiaux disparaissant, la tuméfaction diminue, les mouvements reviennent; mais comment tout cela finit-il? Souvent par la tumeur blanche — j'emploie encore cette expression traditionnelle et un peu démodée. On admet aujourd'hui des tuberculoses périarticulaires, des foyers limités d'ostéite bacillaire, avec dégénérescence fongueuse de la séreuse; on est bien près de dire qu'il ne faut pas parler de tumeur blanche. Je ne fais pas de revendication en faveur des nomenclatures traditionnelles, mais ce que je sais bien c'est que de la constitution même de l'individu dépendent souvent la durée et la marche des arthropaties; c'est qu'il n'est jamais sage de laisser une affection périarticulaire s'éterniser.

Le massage est donc indiqué dans l'entorse. Son abandon aux empiriques a eu un résultat inattendu ; il est né une quantité considérable de procédés techniques à manœuvres précises. Les guérisseurs ont leurs rites et ils n'ont foi qu'en eux. Cette confiance est absurde; nous sommes en présence de prédispositions multiples, de processus multiples ; jamais deux cas ne se ressemblent complètement. Comment une méthode immuable ferait-elle face à tout?

Quand on a affaire à une entorse récente il n'est pas bon d'imiter l'homme de Thélus, ou la jeune fille

dont a parlé Bonnet. La marche des accidents et l'exagération de la sensibilité réclament des frictions très légères. La diminution des accidents inflammatoires est suivie de disparition de l'hyperestésie ; on presse un peu plus fort à mesure que le malade sent moins.

Un des grands avantages du massage c'est qu'il guérit dans le sens absolu du mot ; il ne reste ni sang, ni sérosité dans les tissus, lorsque les parties divisées se sont vite réunies, car l'expérience a démontré que la réunion des plaies sous-cutanées est plus rapide que celle des plaies à ciel ouvert. Si on se contente d'immobiliser, il reste toujours quelque chose ; et ce quelque chose sera suffisant pour appeler une poussée aiguë à la suite du moindre accident. C'est une récidive, dit-on. Nullement. C'est une affection nouvelle produite dans un territoire organique devenu un lieu de moindre résistance à la suite de modifications anatomiques qu'on n'a su ni prévoir ni empêcher.

Les indications sont tout autres dans les cas anciens ; il y a des infiltrations, des épaississements ; l'effleurage et les frictions légères ne serviraient plus à rien, il faut pétrir ; c'est par ce moyen seulement qu'on aura raison des rétractions cicatricielles. Les mouvements passifs sont également indispensables, mais ce qui l'est plus que tout le reste, c'est la pa-

tience. On arrive parfois après un traitement de plusieurs semaines à restituer toutes ses fonctions à une jointure qui semblait définitivement immobile. Ce que je ne souhaite à personne, c'est d'avoir à traiter une entorse négligée chez un rhumatisant, la diathèse et le traumatisme se combinent, il se fait des poussées, des soubresauts que l'on ne sait à quoi rattacher : tantôt on dit que l'entorse est mal guérie ; d'autres fois que le rhumatisme s'attache à la jointure, tout cela est vrai. Le résultat le plus clair c'est une infirmité qui semble défier les traitements les mieux conduits. On en a raison pourtant, si on est bien persuadé de l'efficacité de sa méthode et si on l'applique avec assez d'énergie et de persévérance.

La marche, lorsqu'elle est possible peu de temps après l'accident, n'a pas les inconvénients qu'on lui attribuait autrefois. On craignait d'augmenter la congestion des tissus, d'étendre et d'aggraver le processus avec la marche précoce; cette éventualité n'est pas si menaçante qu'on le croyait. J'ai permis souvent à des malades de marcher de très bonne heure, lorsque leurs affaires l'exigeaient, et je me suis borné à les prévenir que le traitement serait un peu plus long que s'ils avaient gardé le repos. On fera bien d'exercer une compression légère au moyen d'une bande de toile. Quand il s'agit d'une entorse du membre supérieur, le malade portera le bras en écharpe. Il ne faudra pas négliger

les mouvements passifs ; ils seront d'abord peu étendus ; lorsque l'inflammation diminuera, on pourra augmenter leur amplitude. Il est prudent de retarder les mouvements lorsque l'on soupçonne des déchirures étendues des ligaments, comme c'était le cas chez un de nos malades.

De toutes les affections articulaires ou autres, l'entorse est une de celles qui fournissent les indications les plus nettes du massage. Il est applicable dans tous les cas, quel que soit le siège, immédiatement après l'accident ou plus tard. C'est le seul moyen de prévenir des désordres graves, de hâter la réparation de ceux qui existent. La méthode est essentiellement curative et salutaire. On serait donc tenté de croire que le traitement de l'entorse entre pour un chiffre respectable dans la statistique des médecins masseurs ; mon expérience personnelle me fait supposer le contraire. En parcourant les notes que j'ai prises, depuis le début de ma pratique à Paris, je trouve en tout 74 cas comprenant :

41 entorses tibio-tarsiennes.
17 — fémoro-tibiales.
2 — de l'articulation de l'épaule.
2 — de l'articulation du coude.
9 — — du poignet.
2 — — des phalanges.

Ces chiffres portant sur un intervalle de 16 ans sont

assez faibles. Je suis persuadé que la plupart de mes confrères pourraient faire la même remarque. Il existe ici les mêmes préjugés qu'à la campagne par rapport à l'entorse. Un accident arrive, le blessé n'a rien de luxé ni de cassé, on le félicite, et chacun est sur le point de lui dire : Lève-toi et marche. S'il n'obéit pas assez vite on croit qu'il y a de sa part un peu de mollesse ou de pusillanimité. Le malade, tout en répétant qu'il n'a rien puisque le squelette et les jointures sont indemnes, se demande pourquoi il souffre tant. Un ami, un voisin le consolent en glissant le nom d'un praticien qui guérit les foulures et on l'appelle ; la plupart des entorses simples sont traitées de la sorte. Lorsque je demande aux malades qui m'arrivent après 8 à 15 jours, pourquoi ils ont attendu si longtemps, je n'obtiens qu'une réponse évasive et j'en conclus qu'un empirique a passé par là. Il calme la douleur, diminue la congestion et le gonflement et fait marcher le malade ; si le cas est simple c'est un éclatant succès. S'il est grave ce n'est plus la même chose ; je ne veux pas d'immobilisation, mais je n'aime pas non plus les mouvements spontanés hâtifs. Il vaut mieux conseiller un repos de 4 à 5 jours, quand c'est possible ; le malade fera quelques pas d'abord ; pas de marche prolongée, pas de fatigue. Pour les entorses du membre inférieur, il faut un bandage roulé bien fait, au-

trement l'œdème reparaîtrait. La prudence devrait prémunir contre les manœuvres violentes. Il ne peut arriver rien de bon lorsqu'il existe des déchirures des ligaments articulaires, des fêlures osseuses, des fractures sous-périostées ; le massage aide au diagnostic, car il diminue la turgescence locale, l'œdème, les extravasations sanguines.

Lorsque les malades venaient le jour même de l'accident ou le lendemain, j'ai réussi à peu près toujours à les guérir en un temps variant de 2 à 6 jours. Lorsqu'ils m'arrivaient plus tard, le traitement durait plus longtemps et la guérison n'était parfois définitive qu'après plusieurs semaines.

### Obs. I

*Entorse tibio-tarsienne légère. — Massage; marche possible après une séance.*

Mme M..., 46 ans. Entorse à la suite d'un faux pas ; douleur immédiate si vive que la malade cesse de pouvoir marcher. Nerveuse, très irritable, pousse des cris au moment de l'examen : un peu d'épanchement en avant des malléoles ; pas de fracture, effleurage très léger pendant un quart d'heure; pied plus souple, moins douloureux. Peut se lever et marcher le lendemain sans douleur, repart le soir même pour Saint-Germain, où elle habite. Cette dame avait eu l'année précédente une entorse présentant exactement les mêmes accidents que dans le cas actuel, on la traita par le repos et les compresses résolutives ; elle dut garder six semaines le lit.

On dira peut-être que les circonstances n'étaient pas identiques ; que la première fois les lésions étaient plus prononcées que la seconde ; que la vivacité de la douleur, l'impuissance fonctionnelle tenaient à une impressionnabilité exagérée. Il faudrait beaucoup de bonne volonté pour éliminer tous les faits de même nature. Dans un cas, une personne a une entorse légère ; la douleur est peu vive, les ecchymoses et le gonflement se développent ; plusieurs semaines après, les choses sont dans le même état et elles y restent jusqu'à ce qu'on ait institué un traitement par le massage. Dira-t-on encore qu'il s'agissait d'une coïncidence et qu'on n'a pas même hâté une guérison en bonne voie? Le lecteur pourra trancher la question. Dans les observations qui vont suivre, les malades ont été soumises au massage au bout du laps de temps plus ou moins long ; ils ont été radicalement guéris avec une rapidité étonnante.

### Obs. II

*Entorse tibio-tarsienne datant de trois semaines. — Tuméfaction et gêne fonctionnelles persistantes. — Guérison en huit jours.*

Mlle S..., 18 ans. Il y a trois semaines, chute dans un escalier, entorse ; douleur peu vive, mais gêne dans la marche, tuméfaction du pied en avant et au-dessous de la malléole interne sur le trajet du tendon du long péronier latéral et des tendons des extenseurs des orteils. Les téguments conservent

l'empreinte du doigt. Œdème prononcé des deux côtés du tendon d'Achille, gêne et fatigue pendant la marche. Massage (deux séances par jour), mouvements passifs, et, à partir de la quatrième séance, bandage compressif. Guérison au bout de dix jours.

Nous citons les faits qui vont suivre pour montrer la rapidité de la guérison dans ces deux cas.

Obs. III

*Entorse tibio-tarsienne. — Massage. — Guérison en 4 jours.*

M. X..., 36 ans. A la suite d'un faux pas, douleur tellement vive qu'il peut difficilement regagner son domicile qui est peu éloigné. Les deux jours suivants, repos absolu ; compresses d'eau blanche, tuméfaction et fluctuation au niveau de la jointure, œdème du pied, sugillations nombreuses sur sa face dorsale, mouvements actifs et passifs très douloureux, séance de massage (10 minutes). Peut marcher sans s'appuyer sur sa canne immédiatement après. Guérison après huit séances (à 2 par jour).

Obs. IV

*Entorse tibio-tarsienne. — Massage. — Bandage roulé. — Guérison en 3 jours.*

M. X..., 27 ans. Entorse faite en descendant d'un tramway, compresses froides aussitôt après l'accident : pas de résultat. Gonflement de la face dorsale du pied, peau rouge, chaude et tendue, ecchymoses périmalléolaires, douleur vive au toucher. Ne peut mettre que des pantoufles, massage (*effleurage*) très douloureux au début, bien supporté à la fin de la séance.

L'œdème ayant en partie disparu, un nouvel examen de la région confirme le diagnostic, moins de douleur et moins de tension. Après la deuxième séance, la tuméfaction reparaît, nouveau massage ; bandage roulé s'étendant de la pointe du pied au genou. Le lendemain, la douleur et l'œdème avaient en grande partie disparu. Le malade n'a pas cessé de marcher durant le traitement.

### Obs. V

*Entorse tibio-tarsienne gauche, fracture incomplète du péroné. — Massage. — Mouvements actifs précoces. — Guérison rapide.*

Mme C..., 43 ans, tombe de sa hauteur, la jambe gauche repliée en dedans ; sensation de brûlure vive ; il lui semble que sa jambe est cassée et que les pieds remuent seuls. Bientôt après, tuméfaction marquée de la région, ne peut s'appuyer sur le pied. Je vois la malade quelques heures après l'accident. Pied dans l'extension ; ne peut être ramené dans sa situation normale, œdème de la jambe et du pied. On trouve en avant entre les deux malléoles une sorte de bourrelet formé par un large épanchement sanguin, qui s'étend jusqu'au-dessous d'elles ; du reste toute la partie inférieure de la jambe porte des traces manifestes de la contusion. Impossible de découvrir ni crépitation, ni mobilité anormales ; cependant, après avoir fait disparaître par le massage la plus grande partie de la tuméfaction, je puis trouver une fracture oblique située à 7 cent. au-dessus de l'extrémité inférieure de la malléole péronière. Une douleur nettement limitée, correspondant au foyer de la fracture fut mon principal guide pour le diagnostic. Pendant 10 minutes, effleurage ; la malade qui avait de la fièvre et était fortement

excitée fut déjà très soulagée. Je la laissai après avoir placé le pied dans l'élévation, en lui prescrivant de faire autant que la douleur le permettrait des mouvements de flexion et d'extension du pied. Au bout de huit jours, tous les symptômes avaient disparu, je crus pouvoir permettre à la malade de s'appuyer sur son pied et de faire quelques pas en se faisant soutenir par deux personnes. Il restait un peu de raideur intermalléolaire au point où siégeait auparavant l'épanchement.

Avec des mouvements passifs faits à propos, la malade était au bout d'une quinzaine de jours dans un état assez satisfaisant pour se promener dans la pièce, lorsqu'un accident de nature exclusivement musculaire survenu dans la région du mollet vint retarder la guérison définitive ; nous le rapporterons plus loin avec détails.

Le 20 février 1882, cette malade allait très bien ; elle pouvait faire de longues promenades et porter un bas élastique afin de prévenir l'œdème qui se montre chaque fois qu'elle fait des stations prolongées debout.

L'intérêt de cette observation ne repose pas tout entier dans la gravité de l'entorse et l'étendue de l'épanchement sanguin, il y avait une complication osseuse, c'est-à-dire une fracture du péroné ; cette fracture probablement incomplète n'était indiquée que par une douleur circonscrite et linéaire, on ne trouvait ni déformation ni mobilité anormale. Donc, au début, il était impossible d'acquérir aucun renseignement précis sur l'état du squelette de la région. La tuméfaction était telle, qu'on ne pouvait même pas délimiter les éminences osseuses ; la douleur était si

vive que la malade poussait des cris à la moindre tentative d'exploration. L'effleurage nous a servi à la fois d'agent anesthésique et de moyen de diagnostic ; si plus tard nous avons cru devoir insister sur les mouvements, c'est que l'absence d'écartement des fragments et le peu d'étendue de la fracture ne nous faisaient concevoir aucune crainte relativement à la consolidation.

On pourrait nous objecter que la rapidité de la terminaison portée par nous à l'actif du massage est une rapidité relative; que si certaines entorses ont guéri en quelques séances, d'autres ont réclamé un traitement de plusieurs semaines ; que nous rentrons avec celles-ci dans les conditions de l'immobilisation. Sans doute il a fallu parfois longtemps pour atteindre le but, mais ce que l'on ne dit pas, c'est que les cas étaient exceptionnellement graves, c'est qu'on avait affaire à des entorses sortant absolument de la règle générale et qu'on range parmi le petit nombre des éventualités rares ; un écrivain que nous avons eu souvent encore l'occasion de citer, M. Berghman, l'un des défenseurs les plus convaincus de la méthode de Mezger, a rapporté une observation d'entorse dans laquelle il fallut *cinquante-deux séances* pour arriver à la guérison [1]. Mais il faut voir à quelle entorse il eut affaire !

1. Nord. med. Arkiv., 1875, Bd. VII, nº 13, p. 16.

Obs. VI (*Berghman*).

*Entorse tibio-tarsienne. — Guérison par le massage. — Nouvelle entorse peu de temps après. — Epanchement sanguin articulaire considérable. — Massage. — Guérison.*

Un homme de 42 ans a le pied droit violemment tourné au mois de janvier 1874, 6 semaines plus tard il vient trouver Berghman pour des douleurs et de la raideur articulaire persistantes. Il fut rétabli au bout de 25 séances. Le 4 avril suivant, il a le pied pris sous un cheval ; ce pied est si violemment tourné qu'il déclare qu'il l'a cru pendant un certain temps arraché de la jambe. Au bout de 2 heures, l'auteur voit ce malade, il n'a ni fracture, ni luxation, bien que l'intervalle écoulé soit très court, il y a déja un œdème colossal du pied ecchymosé ; et l'articulation présente un épanchement considérable, sanguin probablement. Les douleurs étaient violentes et le malade qui connaissait la manière de faire de Berghman, refusait avec effroi de s'appuyer sur ce pied. Il ne put même marcher après la première séance parce que la souffrance était trop vive. Elle diminua un peu après la deuxième. Au bout de 3 jours (six séances) il pouvait monter l'escalier. Après 52 séances, il ne restait plus qu'un peu de faiblesse qui a disparu plus tard.

« Dans ce cas que j'ai suivi avec le Dr Hafstrom, ajoute l'auteur, nous avons eu affaire à la plus formidable entorse que j'aie jamais rencontrée. »

Jusqu'ici nous avons eu en vue l'articulation tibio-tarsienne, parce que c'est elle surtout que les entorses intéressent. Il va sans dire que partout où il y a des tendons, des ligaments et des muscles, ces organes

peuvent être tiraillés, déchirés, détachés violemment de leurs insertions ; que ces lésions peuvent s'accompagner d'épanchements sanguins plus ou moins étendus et plus ou moins graves ; que des accidents ultérieurs peuvent exister au poignet comme au coude, au genou comme à l'épaule ; que dans tous ces cas le massage agira aussi vite et aussi bien qu'au cou-de-pied ; qu'il hâtera la résorption des épanchements formés, et préviendra des lésions ultérieures ; les exemples qui vont suivre le prouvent.

### Obs. VII

*Entorse du genou (de Gruijter).*

Un homme tombe le 18 novembre 1870 sur le genou droit et se donne une entorse de l'articulation correspondante. Applications de glace ; disparition de la chaleur locale ; frictions à l'onguent mercuriel ; pas d'amélioration.

Massage, les bords de la rotule sont plus visibles.

Après la troisième friction, plus de douleur, on commence les mouvements passifs qui en déterminent une violente ; de crainte de provoquer des accidents inflammatoires, on n'ose prescrire les mouvements actifs. Après la quatrième séance plus trace de la douleur, de la chaleur, ni de la tuméfaction. Mouvements passifs et actifs. On peut, en déterminant de la douleur, fléchir le genou à angle obtus.

On recommande au malade de marcher et de se reposer seulement quand la douleur sera trop vive. Guérison complète après la dixième séance.

### Obs. VIII

*Entorse du genou gauche. Marche impossible. Massage commencé 14 jours après l'accident. Guérison.*

Mlle B. tomba dans un escalier, le côté interne du genou gauche porté en dedans. Ressent immédiatement une douleur légère dans le genou. Continue à marcher, espérant que tout se passerait. Le soir, le genou et particulièrement sa partie interne enflent considérablement et sont douloureux. La malade, qui ne pouvait plus s'appuyer sur sa jambe fut obligée de garder le lit. Compresses d'eau froide et teinture d'iode sans résultat.

10 jours après l'accident, la malade se lève sur le conseil de son médecin, et se promène dans sa chambre le genou serré dans une bande de toile. Malgré tout, l'état restait à peu près stationnaire.

Je vis cette personne 14 jours après l'accident. Le genou était fortement tuméfié. Fluctuation dictincte. La tuméfaction est surtout marquée dans une région limitée correspondant au ligament latéral interne. Sensibilité très vive à la palpation à ce niveau. Massage. La malade le supporte bien; effet excellent. Après la séance, essaye de marcher sans la bande qu'elle portait d'habitude; elle y réussit. Le lendemain, la tuméfaction du genou avait sensiblement diminué ; il est possible de sentir les contours de la rotule; demande si elle peut descendre l'escalier, (un étage seulement) j'y consens. Guérison complète au bout de 12 jours.

### Obs. IX

*Entorse et contusion de l'épaule. Impuissance du membre. Douleur de caractère névralgique. Massage. Guérison.*

Mme L. 42 ans. En descendant une pente rapide, à Ragatz, cette

personne tomba par terre la tête la première ; c'est le bras droit qui porte. Douleur violente dans la région de l'aisselle. Je vois la malade le lendemain de l'accident, tuméfaction de la région de l'épaule. Impossible de faire le moindre mouvement du bras à cause de la vivacité de la douleur. Pas de luxation.

Épanchement intra-articulaire distinct, sensibibilité très vive dans les tentatives d'extension du bras. Trois jours après l'accident, on voit dans la partie supérieure du bras des sugillations très accusées qui peu à peu descendent jusqu'au voisinage du poignet ; tuméfaction générale du bras.

La malade commence à pouvoir le remuer, mais des douleurs violentes irradiées assez loin de l'épaule et de caractère névralgique l'empêchent de dormir toutes les nuits.

L'étendue de l'ecchymose me fait supposer qu'il s'est produit une déchirure plus ou moins étendue de la capsule articulaire. Ne voulant pas m'exposer à entraver la réunion par des mouvements intempestifs, je n'en commençai que 5 jours après l'accident, (mouvements peu étendus et faits avec beaucoup de précautions). A ce moment le massage était parfaitement supporté, les douleurs avaient diminué, la malade dormait bien ; elle ne pouvait guère plus lever son bras que le premier jour. Supposant que cette impuissance tenait probablement à une contusion du deltoïde sur la tête humérale produite au moment de la chute, je me mis à masser ce muscle avec une certaine énergie. Au bout de trois jours, la malade levait déjà beaucoup mieux le bras; 6 jours plus tard elle pouvait s'en servir ; plus d'œdème ni de douleurs. Je conseille des mouvements actifs faits dans des directions déterminées à l'avance. Ce cas fut relativement long, tout fait supposer qu'il avait eu des déchirures relativement étendues dans la capsule et les

parties voisines, c'est-à-dire une partie des désordres qu'on trouve d'habitude dans les luxations de l'épaule.

### Obs. X

*Entorse de l'épaule gauche. — Massage. — Guérison rapide.*

M. M. 33 ans, fait une chute dans un escalier, à la suite d'un faux pas. Après qu'on l'a relevé, il éprouve dans l'épaule gauche une violente douleur qui se calme assez vite ; le malade déclare qu'à ce moment il se crut sûr qu'il n'y avait rien de cassé ni de déchiré. Vers le soir, il sentit dans l'aisselle une douleur très vive, pas assez vive pourtant pour supprimer complètement les mouvements. Le lendemain, aucune amélioration, c'est à ce moment que je suis appelé. Mouvements de l'articulation scapulo-humérale gauche à peu près supprimés ; le malade peut lever un peu le bras mais il lui est impossible de le porter en arrière. Les mouvements passifs sont également très douloureux et très limités. Ne peut se déshabiller sans l'assistance d'une autre personne. Pas de tuméfaction ni d'ecchymoses. Léger épanchement dans l'articulation scapulo-humérale. Massage. Revient le lendemain ; son état s'est sensiblement amélioré. Mouvements du bras plus étendus et moins douloureux.

Le troisième jour, ces mouvements sont presque normaux. A ce moment, on fait en même temps que le massage quelques mouvements passifs ; la guérison fut complète le 4e jour.

Quelques mois plus tard, j'eus encore l'occasion de traiter une dame pour une entorse de l'épaule. Les phénomènes étaient à peu près les mêmes que ceux dont il a été question, dans l'observation pré-

cédente. Cette personne en voulant sauter à la corde avec ses enfants était tombée et le coude avait porté violemment contre le sol. Je la vis deux jours plus tard; elle fut complétement guérie après 4 séances de massage; voici un autre fait de même ordre.

### Obs. XI

*Entorse de l'épaule (de Gruijter)* [1].

Un homme en tombant d'une échelle se retient avec la main droite, le deltoïde et les ligaments de l'articulation de l'épaule sont violemment tiraillés. Douleur et gonflement à l'insertion du deltoïde. Massage : Le malade est assis dans un fauteuil tres bas, sa main droite tient solidement un des bras. Le gonflement diminue, mais il reste toujours de la douleur pendant le massage et les mouvements; l'élévation du bras est difficile. Dans la troisième séance, on a soin d'exercer une pression plus énergique avec le pouce surtout au niveau de l'insertion du deltoïde, mouvements passifs puis actifs. Guérison complète après la quatrième séance.

Le même auteur cite une entorse du coude guérie après huit séances.

Voici maintenant l'observation qui a été communiquée par M. Berghman à la séance du 4 mars 1879 de la Société de médecine de Stockholm [2]; nous pourrions tout aussi bien le ranger parmi les affections musculaires, ou dans les reliquats inflammatoires

1. *Frictie en Massage*. Deventer, 1874, in-8°, 49 pp.
2. Hygiea, n° 4 april 1879. Sv. Läkaresällsk. Forhandl., p. 37.

contre lesquels le massage est indiqué. Il y avait un peu de tout cela dans le cas actuel : lésion incertaine de l'os des iles que Berghman et Rossander ont considérée comme une fissure de la cavité cotyloïde, mais à laquelle Santesson suppose un autre siège; distension et tiraillement des ligaments, contusion et infiltration des muscles, finalement impossibilité de la station sur le membre intéressé et par suite de la marche; nous préférons donner dès maintenant cette observation pour montrer que même dans les entorses compliquées des jointures profondes et importantes, le massage fait avec persévérance et aidé d'une gymnastique bien comprise peut avoir raison d'accidents graves et de date ancienne.

### Obs. XII (*Berghman*)

*Contusion et entorse de la hanche datant de neuf mois. — Fissure de la cavité cotyloïde du côté droit? — Impossibilité de la station et des mouvements. — Massage. — Guérison en trois mois.*

Le capitaine F. Procopé, du bataillon finlandais des tirailleurs de la garde russe, se trouvait, le 31 octobre 1877, pendant la guerre russo-turque, aux avant-postes de Dolny Dirbnik. Le malade rapporte qu'un obus, ayant tombé près de lui, par suite de la pression et de l'agitation de l'air, il perdit l'équilibre et tomba d'assez haut. Dans cette chute, la hanche droite fut violemment frappée ; il ne put ni marcher, ni même se relever. Après de nombreuses vicissitudes, il fut ramené à

Helsingfors. A ce moment, il lui était tout à fait impossible de se servir du membre blessé. Il ne paraît pas qu'on ait fait un diagnostic à propos de la lésion, du moins le malade ne peut rien dire à ce sujet. Le traitement consista dans le repos et l'application d'un bandage approprié. Au commencement de mars 1878, c'est-à-dire quatre mois après l'accident, il commença pour la première fois à quitter le lit et à marcher avec des béquilles. Cinq mois plus tard, à la fin de juillet, il ne pouvait pas même se servir de sa jambe. C'est le 31 de ce mois qu'il fit un voyage à Stockholm et vint voir l'auteur, ne sachant s'il devait aller à Töplitz, ou quel autre traitement il devait suivre. Dans un examen fait ce jour-là, on constate ce qui suit :

Ne peut marcher qu'avec une canne et en appuyant ses deux mains sur elle, de sorte que tout le poids de son corps porte sur les bras lorsqu'il soulève sa jambe saine. Quand on lui retire sa canne, il ne peut faire un seul pas parce que la jambe est absolument impuissante à soutenir le poids du corps pendant le court intervalle où l'autre doit quitter le sol. Les tentatives pour s'appuyer de ce côté sont suivies de vives douleurs dans la région de la hanche ; il n'y a ni raccourcissement, ni position vicieuse de la jambe droite. Les mouvements passifs de la hanche ne sont pas limités, sauf dans les fortes abductions. Dans la flexion de la jambe avec abduction et rotation en dehors, on remarque que la tête du fémur passe sur une place inégale et rugueuse au fond de la cavité cotyloïde et on perçoit un frottement intense par l'ouïe et le toucher. La plus grande partie de la région fessière, surtout au niveau du moyen fessier et du tenseur du fascia lata, le voisinage du trochanter sont le siège d'une infiltration diffuse, de sorte que le tissu musculaire et le tissu cellulaire sous-cutané présentent

une sensation de résistance manifeste, des inégalités en même temps que de fortes douleurs à la pression. On trouve une infiltration de même nature à la partie antérieure de la cuisse, infiltration comprenant la région de l'aîne ; par la palpation, on peut suivre cette résistance en dessus du ligament de Poupart et dans l'intérieur du bassin, en arrière du pubis, sans qu'il soit possible d'arriver à ses limites postérieures et profondes. Les mouvements actifs de la hanche peuvent tous être exécutés, mais ils sont plus ou moins douloureux et la puissance des muscles est affaiblie. La flexion est très douloureuse pendant ce mouvement, les douleurs sont intra-pelviennes et siègent au niveau du muscle iliaque.

L'infiltration des tissus de la région de la hanche, la résistance que l'on trouve à la pression dans le bassin quand on fait contracter le psoas, la douleur qui accompagne ce frottement et les inégalités de la cavité cotyloïde, suivie peut-être d'un peu de coxalgie secondaire. Rien cependant n'autorisait à le supposer ; il est d'ailleurs possible qu'une coxalgie guérisse sans que les mouvements articulaires soient notablement altérés.

Le traitement a consisté en un massage aussi énergique que possible des parties infiltrées ; en mouvements passifs des muscles affaiblis et en essais systématisés de marche. Après sept mois, on est arrivé à ce que le malade puisse se mouvoir sans aucun appui avec presque autant de facilité qu'à l'état normal ; il peut marcher sans peine ; c'est seulement quand il presse le pas et va très vite, qu'il remarque une certaine difficulté dans la marche ; pendant les dernières semaines, il a fait plusieurs courses à pied ; une fois même il a pu danser.

Nous avons insisté longuement sur cette partie de

notre sujet, plus longuement peut-être que semble le comporter l'importance accordée d'habitude aux entorses ; n'oublions pas que Baudens, Malgaigne, Volkman, Hüter, Duplay ont tous insisté sur les inconvénients que peuvent avoir à longue distance de pareils accidents négligés ou traités à contre-temps.

C'est à propos de l'entorse qu'on a parlé d'abord du massage ; les travaux des premiers observateurs français, la thèse de Mezger, le premier mémoire venant de l'école d'Amsterdam sur ce sujet, s'y rapportent. On aurait le droit de nous dire, si nous l'avions volontairement négligée ou touchée à la légère, que le massage n'a pas tenu ses promesses.

Nous espérons avoir convaincu nos lecteurs que dans la plupart des entorses, c'est la médication la plus sûre et la plus simple ; que, même dans des conditions défavorables, lorsque nous voyons le malade longtemps après l'accident, lorsqu'il y a des désordres anatomiques et des troubles fonctionnels sérieux, on peut encore, avec de la persévérance, en avoir raison.

J'ai dit comment je procède et je puis résumer en deux mots ce que j'ai dit :

1° A la phase initiale, lorsque nous sommes en présence de tous les phénomènes classiques, y compris la douleur : effleurage ;

2° Quand le malade ne souffre plus, frictions et mouvements passifs ; plus tard, mouvements actifs ;

ne permettre la marche au début que dans les cas très légers ;

3° Dans toutes les entorses un peu sérieuses, surtout les entorses du membre inférieur, appliquer, après chaque séance, un bandage roulé.

II. *Luxations.* — Quand et pourquoi il faut faire le massage. — Contre-indications. Utilité de la méthode avant et après la réduction. Luxation des fibro-cartilages articulaires du genou. Luxation de l'épaule.

Ambroise Paré avait recommandé les mouvements passifs pour faciliter la réduction de certaines luxations, afin de résoudre l'humeur épanchée et de mieux étendre les fibres des muscles et des ligaments. Cette pratique avait pour but de faire disparaître l'obstacle à la réduction qui pouvait provenir des muscles, de les fatiguer et d'amener la disparition des contractures temporaires. La découverte du chloroforme a rendu ce procédé inutile, on atteint plus vite et plus sûrement le but avec la narcose qu'avec aucune manœuvre. Les anciens prescrivaient aussi le massage après la réduction, pour rendre plus vite aux muscles leurs fonctions. Malgaigne est obligé de reconnaître qu'à la suite des luxations il faut recourir de bonne heure aux mouvements passifs pour prévenir les raideurs.

Le massage est indiqué au même titre que dans les entorses ; la luxation la plus simple est toujours ac-

compagnée de froissements, de déchirures, d'un peu d'épanchement sanguin immédiat et plus tard d'arthrite.

Les indications varient avec les articulations. Dans certaines, les luxations sont à peu près toujours accompagnées de fractures ; celles-ci priment tout, et la première condition d'un traitement bien compris, c'est qu'il ne nuise pas à la consolidation. Rien n'empêche d'essayer le massage dans les luxations spontanées tenant à des processus morbides de vieille date ; dans les luxations habituelles qui se reproduisent sous l'influence de la plus légère cause, comme on en observe assez souvent à la mâchoire inférieure ; ce qui peut arriver de pis c'est qu'il ne donne rien. Je ne m'en occuperai pas particulièrement, à propos des luxations des pieds, de la hanche, du poignet, du coude, de la mâchoire inférieure. Si, par impossible, elles n'étaient accompagnées d'aucune complication, du côté du système osseux, on pourrait l'employer avant l'accident pour simplifier la réduction; après celle-ci, pour remédier aux désordres concomitants. Les règles générales que nous avons tracées trouvent leur application. Tout ce qui diminue la douleur et la tuméfaction peut aider au diagnostic. Il sera souvent facile de connaître après effleurage, si l'on est en présence d'une luxation vraie, d'une entorse, ou d'une fracture juxta-articulaire.

La réduction faite, les manipulations sont utiles pour favoriser la résorption des extravasats intra ou extra-articulaires, pour prévenir les synovites, faciliter la réunion des parties divisées, éviter l'infiltration œdémateuse persistante et plus tard pour combattre une de ses conséquences fréquentes, le relâchement de la capsule ou des ligaments qui prédispose à la reproduction de la luxation. Les accidents dont nous parlons sont parfois assez sérieux à l'épaule pour que plusieurs mois après la luxation les blessés puissent se servir difficilement, ou ne puissent pas se servir du tout de leur bras. Cet inconvénient est surtout fâcheux chez les personnes âgées, plus exposées que d'autres à l'atrophie du deltoïde. On le prévient par le massage : mais je répète ce que j'ai dit à propos de l'entorse, il faut procéder avec des précautions extrêmes : l'effleurage ne peut nuire ; les mouvements passifs sont utiles ; il ne faut jamais commencer les derniers de bonne heure, sans cela on s'exposerait à exagérer les déchirures ou à entraver leur guérison. Je n'y ai recours qu'après deux ou trois semaines, et j'attends une semaine encore ou davantage pour permettre aux malades de se servir de leurs jointures.

Voyons maintenant quelques particularités relatives au genou. Il est question dans tous les ouvrages de pathologie de la luxation des fibro-cartilages : mais les opinions des auteurs sont extrêmement variables.

Emil Kleen et Johnsen croient que le ménisque interne est luxé le plus souvent et refoulé à l'intérieur. Erichsen, Berghmann ont parlé de la luxation du fibro-cartilage externe : d'après eux, il peut être déplacé en avant, arriver au dessus de tubérosité du tibia, il est alors possible de le découvrir par la palpation, sous les téguments en dedans du condyle externe du fémur. W. Scott Lang a divisé les luxations des fibro-cartilages du genou en luxations complètes ou incomplètes des ménisques interne et externe. Les plus communes seraient les luxations incomplètes du fibro-cartilage interne ; elles se produiraient pendant la flexion et la rotation en dehors, parce qu'à ce moment il n'est plus pressé entre le tibia et le fémur. On fait la réduction par la rotation de la jambe en dedans, et la flexion. Le ménisque externe est luxé, à la suite de la flexion et de la rotation, pour réduire, il faut fléchir la jambe sur la cuisse, la tourner en dehors, et l'étendre lorsqu'elle est dans cette position. L'opération est assez difficile pour que bien souvent on ne puisse l'entreprendre sans anesthésie chloroformique[1].

Le diagnostic est facile : la jambe est à peu près immobilisée à demi flexion sur la cuisse ; il existe une douleur constante produite par la tension des ligaments croisés, par la pression sur les ligaments laté-

1. Internal derangements of the knee-joint, *Edinb. Med. Journ.* 1886, Déc p. 517., 1887, fév., p. 108, mars, p. 710.

raux ; l'aspect du malade rappelle beaucoup ce que l'on observe dans les cas de corps mobile articulaire.

La luxation est suivie d'épanchement dans la synoviale. A la palpation et à l'inspection on trouve souvent des changements de formes très nets, correspondant aux côtés de la jointure et aux bords latéraux du tendon rotulien. Si le ménisque est luxé en avant, il existe une dépression de la capsule ; s'il est luxé en arrière, elle est au contraire saillante. Une partie de ces phénomènes existaient chez un malade que j'ai eu l'occasion de traiter, il y a 3 ans.

### Obs. XII

*Luxation du fibro-cartilage semi-lunaire externe du genou droit. — Réduction. Massage. — Guérison complète après 16 séances.*

M. W...., mon compatriote et mon ami, était assis au café en compagnie de plusieurs personnes. Il avait placé la jambe droite sur la jambe gauche, et tirait vers lui l'extrémité du pied droit ; cet exercice assez peu gracieux lui était paraît-il familier. Déploya-t-il cette fois là plus de vigueur que de coutume? il n'a pu le dire, toujours est-il qu'il entendit distinctement un craquement dans le genou droit et qu'il éprouva immédiatement une douleur si violente qu'il lui fut impossible de faire le moindre mouvement ; on dut le ramener en voiture à son domicile. Toute la journée on mit des compresses froides sur le genou, sans que ce traitement produisît le moindre effet. Le malade ne pouvait ni étendre, ni

fléchir la jambe : le genou était comme ankylosé. Je crus d'abord en tenant compte de la brusquerie de l'accident que j'avais affaire à un corps mobile articulaire, détaché et enclavé entre les surfaces. J'éliminai cette hypothèse, à la suite d'un examen. Il y avait une tuméfaction marquée du genou; en dedans et au dessous du condyle externe sugillation assez large ; fluctuation marquée. Dépression distincte à côté du tendon rotulien.

Réduction, mouvement de flexion suivi d'extension ; cette manœuvre arrache un cri au malade; mais la réduction est complète. Je le laisse reposer pendant un quart d'heure, puis je commence le massage ; je provoque toujours une douleur assez vive au point correspondant à la dépression, mais au bout de 20 minutes, il pouvait étendre et fléchir la jambe toujours avec assez de difficulté. Plus de traces de dépression, guérison complète après 16 séances de massage. J'ai revu le malade au printemps dernier, il n'avait éprouvé depuis l'accident aucun phénomène insolite du côté du genou.

L'observation suivante a été rapportée par M. Kleen.

### Obs. XIII

*Luxation du fibro-cartilage interne de l'articulation du genou droit. — Massage. — Guérison.*

Arthur B., 26 ans, employé de banque, tombe dans une dépression du sol, le 17 octobre 1886, pendant une promenade à la campagne. Il éprouve une violente douleur dans le genou droit, ne peut plus bouger, ses camarades sont obligés de le porter en voiture. M. Kleen le voit le 19 octobre, la jambe est un peu fléchie; le malade ne peut ni la fléchir complètement, ni l'étendre. L'auteur croit d'abord à un corps étranger articu-

laire. Le genou gauche est sensiblement tuméfié, infiltration marquée sur le côté interne du ligament latéral interne; épanchement dans la cavité articulaire. En haut dans les parties internes antérieures et inférieures de la capsule, correspondant au bord antérieur du ménisque, dépression marquée, vive sensibilité à la pression, pas de trace de corps mobile. Réduction, puis flexion et extension brusques; le malade éprouve une sensation de craquement dans la jointure, il peut tendre et fléchir (avec douleur il est vrai le membre inférieur). Il a conscience que la lésion n'existe plus. L'épanchement disparaît après deux séances de massage; il fallut 20 séances en tout pour que la guérison fût complète[1].

### Obs. XIV (*personnelle*).

*Luxation de l'épaule gauche. — Contusion. — Myosite aiguë et paralysie consécutive du deltoïde. — Myosite et parésie des fléchisseurs et des extenseurs des doigts. — Parésie du nerf cubital.*

M. R. S., 49 ans, tombe si malheureusement, à la fin du mois de juin 1880, que la partie interne de l'avant-bras porte sur le sol et qu'il se fait une luxation de l'épaule en avant. On applique immédiatement sur le moignon de l'épaule un sachet rempli de glace; la luxation ne fut réduite que dix-sept heures plus tard, sans difficulté. Il restait toujours du gonflement dans la région de l'épaule, et la région cubitale de l'avant-bras; ce gonflement disparut au bout de quelques jours, mais le bras avait en partie perdu sa force. Il restait pendant le long du tronc et toutes les tentatives d'élévation étaient infructueuses; les mouvements de la main eux-mêmes étaient limités et très

1. Handboki Massage, 2e Häft., p. 119.

pénibles ; la flexion des doigts était incomplète. Pendant un séjour de trois semaines que le malade fit à Vichy, il fut traité par la faradisation et n'obtint pas la moindre amélioration.

24 octobre 1880. L'état précédemment indiqué existe toujours ; l'élévation complète du bras est impossible. Les muscles extenseurs et fléchisseurs de l'avant-bras semblent intacts ; il est impossible d'étendre les doigts et de fermer complétement la main ; à peine peut-on mettre l'extrémité de l'index en contact avec celle du pouce ; le malade ne peut ni tenir une plume, ni boutonner son faux-col. Le médius, l'annulaire et l'auriculaire ont un aspect violacé, ils sont froids ; parfois même la nuit cette sensation de froid est si accusée qu'elle réveille le malade et qu'il est obligé de remuer ses doigts et de les frotter : cette sensation remonte en haut sur tout le bord cubital de l'avant-bras ; la sensibilité cutanée n'est pas diminuée ; les articulations ne sont pas atteintes. Les mouvements passifs se font librement ; du reste il n'y a pas de douleur spontanée dans les parties affectées. Les muscles du côté sur lequel est tombé le malade semblent un peu tuméfiés et la pression exercée sur eux est très douloureuse.

Le deltoïde, les muscles de l'avant-bras, surtout ceux de la région cubitale sont soumis à un massage énergique. En même temps on conseille au malade de faire le plus souvent possible des mouvements actifs au moyen des muscles affectés.

Après 19 séances, le malade pouvait élever le bras au-dessus de l'horizontale ; pour la main, le résultat était moins avantageux ; cependant l'extension complète était possible, les extrémités de l'index et du pouce pouvaient être rapprochées ; la main se fermait plus aisément qu'au début du traitement ; il y avait toujours une sensation de froid, mais elle était moins intense qu'auparavant. Le malade, obligé de partir pour l'Ita-

lie, dut cesser à ce moment le traitement ; il était du reste très satisfait de l'amélioration qu'il avait obtenue.

Pendant qu'il était en traitement, il attira mon attention par un autre phènomène qu'il éprouvait depuis de longues années. Quand il a beaucoup travaillé, et surtout quand il a veillé plusieurs nuits de suite, il éprouve en arrière, dans la région des omoplates, une fatigue persistante très pénible qui va jusqu'à la douleur. Après un examen attentif, je reconnais l'existence d'un foyer de myosite dans la portion du trapèze qui s'insère sur l'acromion. Ce muscle est plus rigide qu'à l'état normal ; en le faisant contracter on éprouve la sensation d'une sorte de frottement dont le malade lui-même a conscience. Après une dizaine de séances de massage, amélioration manifeste ; nous aurons l'occasion de revenir sur des faits semblables.

Cette observation est un exemple frappant des heureux résultats du massage dans les suites des luxations. L'accident originel était passé, la réduction avait été bien faite et cependant les fonctions du bras ne se rétablissaient point ; c'est que le déplacement de la tête humérale avait produit dans le voisinage des désordres musculaires qui ne s'étaient pas réparés. Au moment même de la chute, il y avait eu une contusion violente probablement suivie de myosites partielles du bras. La luxation de l'épaule ayant absorbé l'attention, on avait laissé marcher les choses, et si nous ne fussions intervenu à temps, il est possible que tout se fût terminé par une infirmité. Du reste, nous n'avons pas insisté autrement ici sur ce chapitre ; les ac-

cidents que nous avons à combattre au moment de la réduction ou peu auparavant sont les mêmes que dans les entorses et les phlegmasies aiguës, et nous avons discuté les indications physiologiques ; quant aux désordres ultérieurs, nous y reviendrons.

La même chose arriva chez un autre malade traité par Kleen et dont voici l'observation.

Obs. XV

*Luxation de l'épaule gauche. — Réduction. — Épaississement de la capsule. — Myosite chronique du deltoïde. — Mouvements passifs. — Massage. — Guérison.*

M. G. R. M., de Westmanland, 37 ans, tombe de voiture et se fait une luxation de l'épaule gauche, le 28 août 1886. On réduit et il garde le bras immobile pendant un mois, lorsqu'il voulut s'en servir, impossible. Il se présente à moi, le 9 octobre, 6 semaines après l'accident. Atrophie déjà prononcée du deltoïde. Au toucher, petits noyaux durs, insensibles. En mettant la main dans l'aisselle, on reconnaît que la capsule est plus dure qu'à l'état normal et qu'elle est sensible à la pression ; pas d'épanchement intra-articulaire, mouvements actifs et passifs insignifiants, l'omoplate suit ceux du bras. Dans la narcose chloroformique, on peut communiquer au bras des mouvements très étendus d'élévation. Frictions dans l'aisselle, frictions énergiques sur les indurations du deltoïde, mouvements passifs légers dont on augmente graduellement l'étendue. Le 29 octobre, 37 séances ont été faites ; l'élévation du bras en haut est presque normale ; lorsque cette élévation dure quelque temps, le grand rond paraît fortement tendu ; tous les autres symptômes, objectifs et subjectifs, ont disparu..........

## § 2. — MASSAGE DANS LES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DES ARTICULATIONS

I. — *Indications générales du massage.* — Avantages de la mobilisation précoce. — Idées anciennes sur l'immobilisation. — Ses inconvénients. — Pratique de Mezger.

Il nous paraît utile, avant d'aborder un sujet controversé, d'élucider différentes questions auxquelles nous avons incidemment touché. Il s'en faut de beaucoup qu'elles soient résolues ou même que l'on possède les éléments nécessaires pour les résoudre. Les phlegmasies primitives des jointures existent ; mais par où commencent-elles ? On répondait autrefois : Dans l'une ou l'autre des parties constituantes de la jointure, par conséquent, dans les os, les cartilages ou la séreuse. Personne n'admet plus cette marche ; l'arthrite primitive, produite par le traumatisme ou une autre cause, est en réalité une synovite ; bien souvent, le processus reste limité au revêtement séreux. Hueter et ses élèves ne parlent presque plus d'arthrite ; Volkmann, qui en parlait encore avait une conception de la maladie semblable à celle de Hueter ; il admettait que la capsule fibreuse est un prolongement du périoste dont l'intérieur est recouvert par la synoviale ; celle-ci est une séreuse d'un ordre particulier. C'est pour cela que le massage réussit. Quel avantage aurait-il dans une ostéite ? C'est un

modificateur de l'absorption ; pour qu'il remplisse son rôle, qu'il crée des vides artificiels, qu'il produise des déplétions et agisse sur le mouvement nutritif, il faut qu'il rencontre des tissus mous et non des surfaces rigides. Il ne peut venir à l'idée de personne que la malaxation, même énergique, des cylindres osseux modifie le courant sanguin dans les canaux de Havers et active les échanges dans les ostéoblastes.

Si nous avons obtenu des résultats aussi satisfaisants et aussi rapides dans les entorses, c'est que nous avons déterminé la résorption des liquides épanchés.

Le traumatisme d'une jointure ou de son voisinage ne produit pas nécessairement des tiraillements ou des arrachements ; la capsule fibreuse, les tendons musculaires peuvent rester intacts. Hueter l'affirme et l'explique. Les tissus présentent des différences notables d'élasticité : la synoviale en a moins que la peau. Une violence extérieure la comprime contre les surfaces osseuses, qui sont dures. Supposons qu'une personne montant un escalier frappe avec une certaine force son genou contre l'angle saillant d'une marche, elle n'aura peut-être ni plaie ni ecchymose ; l'épiderme et les vaisseaux du derme ont résisté, mais rien ne dit que ceux de la synoviale aient fait de même ; rien ne dit qu'il ne s'est pas produit une déchirure, suivie d'un peu d'épanchement sanguin dans

la jointure ; l'hémostase se fait moins bien que dans le tissu conjonctif ambiant, le sang peut couler longtemps par l'orifice artificiel résultant de la rupture, avant qu'un caillot l'obture. Les hémartroses ne sont pas rares après les contusions ; le sang agit comme irritant, il produit une exagération et un trouble persistant dans la sécrétion ; la résorption est lente et se fait mal ; 48 heures après l'accident, l'articulation est remplie par un mélange de caillots et de sérosité.

« *La synovite séreuse est le plus souvent produite par la contusion articulaire et l'épanchement du sang dans la cavité de la synoviale*[1]. »

Nous avons vu la même chose à la suite des entorses ; d'accord avec Phélippeaux, nous en avons tiré une indication relative à l'emploi du massage ; servons-nous-en, disions-nous, pour diviser la masse sanguine, en favoriser la résorption ; dans le cas actuel, les indications sont les mêmes.

On explique difficilement pourquoi l'emploi des frictions resterait limité à l'entorse ; pourquoi personne, jusqu'à ces dernières années, n'avait songé à l'étendre aux phlegmasies aiguës des synoviales qui, comme le fait observer Hüter, sont presque toujours traumatiques.

En France, comme en Allemagne, on admettait na-

1. Hueter, *loc. cit.*, p 103.

guère la nécessité absolue de l'immobilisation dans les phlegmasies articulaires aiguës. « C'est surtout en *immobilisant*, en couvrant de topiques froids, qu'on réussit à arrêter l'inflammation, dit M. Duplay[1]. »

D'après Volkmann, il faut s'occuper avant tout, pour le traitement des arthrites aiguës, de fixer la jointure malade, et de placer convenablement le membre[2]. Hueter emploie un paragraphe entier pour démontrer l'utilité de cette pratique : « Le repos est la condition première et essentielle du traitement antiphlogistique dans les organes soumis aux mouvements, dit-il.

« Il serait superflu d'insister davantage. Ce dogme thérapeutique — car c'en est un — est établi depuis longtemps, et, si cela était nécessaire, de nouvelles observations viendraient l'étayer. »

On immobilisait donc dans les phlegmasies confirmées pour prévenir la transformation purulente de l'exsudat ; à la suite de contusions et des luxations, le repos et la fixation étaient le moyen prophylactique indispensable. Persuadés que la méthode n'avait pas le moindre inconvénient, les chirurgiens l'employèrent avec tant d'enthousiasme que beaucoup de jointures furent immobilisées pour toujours ; c'était un résultat inattendu et décevant. Malgaigne, si défiant à l'égard de toutes les nouveautés, si

1. *Loc. cit.*, t. III, p. 9.
2. *Loc. cit.*, p. 506.

timoré lorsqu'il s'agit d'une intervention active, est obligé de reconnaître les dangers du repos trop prolongé.

« Je suis arrivé aujourd'hui, disait-il, à imprimer de légers mouvements du quatrième au cinquième jour du traitement, car la pratique m'a démontré combien la raideur s'établit facilement; mais j'arrive au rétablissement graduel des mouvements avec d'autant plus de ménagements que la luxation est plus ancienne [1]. »

Estradère, après avoir cité ce passage, arrive presque au massage précoce : « Doit-on se contenter de faire exécuter des mouvements à l'articulation? Je crois que l'opinion d'Hippocrate et, après lui, de Celse et de Paul d'Égine, est préférable, car ils prescrivent le massage. En effet, ce n'est pas seulement l'articulation qui a besoin de reprendre son jeu, mais bien tout le membre, afin de reprendre ses fonctions et d'éviter les lésions engendrées par le manque d'exercice des fonctions physiologiques [2]. »

Malgré tout, la doctrine n'a guère perdu de terrain; si l'on parle de mouvements, c'est toujours à propos de désordres déjà établis qu'il s'agit de faire disparaître ; ceux qui songent à les prévenir ne supposent pas

1. *Orthopédie*, p. 15.
2. *Loc. cit.*, p. 152.

un instant qu'il soit utile de commencer dès la période aiguë.

Au mois de décembre 1879, une discussion intéressante eut lieu à la chirurgie de Paris, sur la thérapeutique des affections des jointures. Le Professeur Léon Lefort posa en principe qu'il ne faut jamais songer aux mouvements tant qu'il existe des accidents inflammatoires. Il allait même plus loin et prescrivait l'immobilisation absolue dans l'arthrite fongueuse.

M. Armand Desprès, s'appuyant sur l'autorité de Boyer, voulait bien ajouter la compression à la fixation ; mais, pas plus que son collègue, il n'admettait les mouvements tant qu'il existait de la douleur.

Dans un mémoire sur le massage, lu quelques années auparavant à la Société de médecine de Helsingfors, le professeur Estlander avait également déclaré que les frictions ne sont pas indiquées pendant le stade inflammatoire des arthropaties [1].

En présence d'idées aussi arrêtées, il fallait un certain courage pour se poser en réformateur ; pour manipuler un genou lorsque les accidents inflammatoires étaient en pleine activité ; pour ordonner de marcher à des personnes qui pouvaient à peine le faire, lorsque leurs médecins étaient disposés à regarder cette pratique comme téméraire et à en attendre d'ir-

1. *Det therapeutiska värdet af gnidningar saadana de användas i vaar folkmedicin.* Finska-Läkaresällsk.-Handl. 1872, n° p. 23.

réparables malheurs ; Mezger a eu ce courage. N'eût-il fait que cela ! nous devrions le considérer comme un initiateur et lui accorder la première place parmi les défenseurs et les vulgarisateurs du massage.

Il fallait que sa conviction fût bien profonde, que les faits fussent bien démonstratifs, car ses élèves ont reproduit sa doctrine sans faux-fuyants, sans ces atténuations diplomatiques auxquelles on a recours quand on veut faire accepter une opinion insolite et hardie.

« Parmi les affections articulaires dont nous avons parlé, disent MM. Berghman et Helleday, les synovites aiguës, sauf celles de la hanche, sont tout à fait appropriées pour le massage. Nous avons eu l'occasion de les suivre et de les traiter nous-mêmes aux articulations du pied ; elles dataient de quelques heures ou de quelques jours ; dans toutes il y avait un gonflement notable et de violentes douleurs lors des tentatives faites pour marcher. Après huit séances, en moyenne, la tuméfaction et la douleur disparurent et les malades purent faire usage de leur membre. Il n'y eut pas de récidive au moins pendant toute la durée du séjour qu'ils ont fait chez Mezger.

Dans un cas de synovite aiguë traumatique avec distension de la capsule par un épanchement, il y eut un tel changement après trois séances que l'on ne pouvait plus découvrir la moindre fluctuation ; la marche, auparavant douloureuse, ne l'est plus ; la ma-

lade, qui est domestique, peut continuer son travail[1]. »

Cette audace et ses heureux effets surprenaient vivement les praticiens qui visitaient pour la première fois le dispensaire d'Amsterdam.

« J'ai été témoin de faits qui montrent l'influence énorme du massage sur la résorption, disait le docteur F. Witt, à l'assemblée générale des médecins du Schleswig-Holstein, tenue le 12 août 1874, à Flensburg, et vous pouvez vous-mêmes, messieurs, vous en assurer tous les jours, en traitant par le massage les contusions avec épanchement sanguin ; on croirait à peine avec quelle rapidité les ecchymoses sous-cutanées disparaissent par ce procédé.

« Dans les maladies des jointures, on emploie en même temps que le massage les mouvements articulaires, mais ce qu'il faut avant tout, c'est n'avoir aucune indécision. Je ne saurais nier qu'au début j'ai souvent éprouvé une vive inquiétude ; j'ai vu le docteur Mezger, qui est solidement bâti et vigoureux, déployer une véritable force dans le traitement des contractures articulaires chez des petits garçons ou des petites filles grêles et débiles[2] ».

M. Berghman ne s'est pas contenté de la mention sommaire renfermée dans le compte rendu qu'il a publié en collaboration avec Helleday ; il a fait précé-

1. *Loc. cit.*, p. 16.

2. Langenbeck's Archiv., Bd. XVIII, 1875, p. 282.

der sa statistique personnelle d'un exposé de principes représentant probablement l'expression la plus exacte et la plus complète qui existât alors de la doctrine de Mezger.

Des périls nombreux menacent les articulations blessées dit-il en substance ; lorsque les accidents aigus sont passés, rien n'est fini. Quelle arme possédons-nous pour lutter contre ces périls ? Aucune. Les compresses froides, la glace, les saignées locales, les dérivatifs et les révulsifs entrent en jeu, et quand tout cela échoue, on a recours au moyen ultime : à l'immobilisation. Sans elle pas de salut ; avec elle, on n'arrive point à restituer au membre sa fonction. Elle conduit presque sûrement à l'infirmité, quand l'arthrite porte sur une jointure importante. Ce n'est pas un remède décisif ; ce serait plutôt un remède douteux auquel on se résigne. Mezger a prouvé qu'on en avait un autre, et qu'en prenant le contre-pied de ce qui était admis on arrivait à guérir. Ses élèves étaient surpris au début de le voir masser des jointures atteintes d'accidents aigus, recourir aux mouvements passifs, permettre de bonne heure aux malades de vaquer à leurs travaux. Ils étaient plus surpris encore en constatant que ceux-ci se rétablissaient vite et complètement [1].

1. *Om de acuta traumatiska ledgaangsskadornas behandling med massage.* Nord. med. Ark. Bd. VII, nº 13, p. 34.

Le massage est donc un antiphlogistique puissant ; il fait disparaître la stase veineuse, active la résorption de l'agent immédiat des phlegmasies ; rétablit les choses dans l'état normal. Tout, en pareil cas, se réduit à une question d'opportunité ; aux vieux aphorismes, si longtemps appliqués, déclarant qu'il fallait laisser les choses en l'état et attendre de la nature la neutralisation et la disparition du sang et de la sérosité, on oppose hardiment la nécessité d'une intervention précoce. Quand les chirurgiens s'efforçaient de soustraire une jointure au frottement des draps, par crainte de la douleur ou de conséquences plus graves, nous pratiquons l'effleurage, nous soumettons le membre à des extensions et des flexions systématiques ; quand on prescrivait l'immobilité absolue, nous engageons les malades à marcher.

Les accidents aigus, au lieu d'être un obstacle, deviennent une indication. Dans une situation aussi tranchée, le problème est facile à poser : ou l'immobilisation n'a pas les avantages qu'on lui attribue et elle n'est ni nécessaire, ni utile. Si au contraire elle les possède, avec la méthode opposée, les insuccès doivent l'emporter sur les succès.

A côté de guérisons incertaines on doit trouver d'éclatants revers ; des arthrites suppurées rendant nécessaires des amputations à la suite de traumatismes légers ; des statistiques comparables à celles de Bau-

dens. La plupart des élèves de l'école d'Amsterdam n'étaient pas convaincus lors de leur arrivée ; il est extrêmement probable que quelques-uns au moins, en présence d'échecs palpables du massage, auraient mis le public en garde.

Nous ne trouvons rien de cela : Witt tremblait en voyant la hardiesse de Mezger, et Witt n'hésite pas à dire à ses confrères : « Faites comme lui. » C'est un argument péremptoire.

Nous allons en trouver d'autres dans les faits ; notre prochain paragraphe sera consacré aux arthropaties aiguës.

## § 3. — MASSAGE DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES DES ARTICULATIONS.

*a*) *Arthrites aiguës.* — Leurs divisions. — Arthrites spontanées et arthrites traumatiques. — Résultats du traitement par le massage.

Nous aurions pu faire rentrer dans la division précédente une partie des questions que nous traiterons ; nous pourrions en rejeter une autre partie dans celle qui va suivre. L'inflammation aiguë des jointures peut être spontanée ou traumatique. La première variété ne se développe pas indifféremment chez tous les sujets : il faut, pour qu'elle se produise, une cause organique générale constitutionnelle ou accidentelle. A ce titre, on pourrait la

faire rentrer avec un peu de bonne volonté dans le cadre des affections diathésiques. Les phlegmasies traumatique semblent avoir leur place toute marquée à côté des entorses et des luxations.

Nous avons préféré consacrer un paragraphe à ces affections, parce qu'elles présentent assez de particularités qui permettent de les distraire de ce qui précède et de ce qui suit. A côté d'arthrites spontanées, franchement diathésiques, qu'il est possible de rattacher soit au rhumatisme, soit à la blennhoragie, on en trouve d'autres, rares il est vrai, dans lesquelles la cause générale est moins nette : les malades n'ont eu auparavant aucune manifestation rhumatismale, aucune maladie virulente occasionnelle. Les mêmes remarques s'appliquent aux arthrites traumatiques. A la suite de l'accident, il s'est fait une synovite plus ou moins étendue ; bien que les tissus périarticulaires soient sains et que les surfaces osseuses aient conservé leurs rapports. Le massage, indiqué dans la plus grande partie de ces affections, ne l'est pourtant pas dans toutes ; il est loin de donner constamment les mêmes résultats. Spontanées ou traumatiques, les arthrites aiguës peuvent être accompagnées : 1° d'un épanchement séreux ou séro-sanguinolent ; 2° d'un exsudat fibrineux, ayant dès le début de la tendance à s'organiser et à produire des adhérences plus ou moins résistantes entre les surfaces

articulaires et une fausse ankylose; 3° d'une suppuration de la jointure. Le massage est indiqué dans les deux premières variétés; les observations suivantes nous montreront qu'on a pu obtenir des résultats satisfaisants, il faut se garder de l'employer dans la troisième.

### Obs. XVI

*Arthrite aiguë traumatique du genou droit. — Guérison après six séances de massage (en 3 jours).*

M. G..., 35 ans, tombe de cheval, au mois d'octobre 1880. On est obligé de le transporter en voiture à son domicile. Je le trouvai le lendemain avec une vessie de glace sur le genou. Tuméfaction, et rougeur; le moindre contact, les mouvements spontanés étaient extrêmement douloureux; après trois séances de massage (effleurage) ayant une durée de dix minutes chacune, la douleur et la sensibilité avaient presque disparu et le malade pouvait s'appuyer sans trop de peine sur sa jambe. Guérison complète après trois nouvelles séances (deux par jour).

### Obs. XVII

*Arthrite aiguë traumatique et à répétition du genou. — Massage. — Guérison au bout de huit jours.*

M..., 32 ans, épanchement brusque dans l'articulation fémoro-tibiale droite traité par l'application de compresses froides. L'affection disparaît au bout de quelques semaines sans laisser de traces; pourtant le genou se fatigue vivement à

la suite d'une marche un peu longue. Au mois de mai dernier, le gonflement se présente plus intense que jamais après une promenade prolongée ; il a de la peine à regagner à pied son domicile. On prescrit un liniment irritant, en même temps qu'on donne au membre une position élevée et qu'on prie le malade de ne pas remuer sa jambe.

Le lendemain je le trouve dans l'état suivant : tuméfaction considérable de la jambe ; symptômes inflammatoires locaux aigus. Les mouvements actifs et passifs sont assez douloureux pour arracher des cris au malade. Séance de massage (effleurage). J'insiste ensuite, comme dans le cas précédent, près du malade pour qu'il essaie de marcher. Il y réussit ; le lendemain je l'engage à venir à pied deux fois par jour chez moi ; il obéit malgré les avis contraires des personnes qui l'entouraient. Au bout de huit jours, l'épanchement était résorbé, il ne restait plus qu'un peu d'œdème périarticulaire. Les mouvements du genou étaient libres.

### Obs. XVIII (*Gottlieb*)

*Arthrite aiguë spontanée à répétition. — Massage. — Guérison*

L..., 45 ans. Il y a un an, arthrite des deux genoux qu'il attribue à l'humidité de son logement, et dont il s'est parfaitement guéri. Dans les deux derniers mois il n'avait rien eu de particulier du côté du genou, lorsque sans cause connue, celui-ci se tuméfia, devint rouge et douloureux ; la marche resta pénible. Il y avait un épanchement qui disparut par le repos et les dérivatifs. Flaccidité de la capsule, infiltration périarticulaire, pas d'épanchement intraarticulaire. Les parties infiltrées sont sensibles à la pression. Les mouvements sont libres et indolents ; mais il y a un peu de douleur pendant la marche, il se fati-

gue très vite. Sous l'influence du moindre effort, l'épanchement se produit. Massage. — 2 juillet. L'infiltration et la sensibilité disparaissent très vite ; marche beaucoup mieux.

9 juillet. S'est fatigué en portant une grande quantité d'eau de la cave dans le jardin. Douleur presque immédiate dans le genou, épanchement, chaleur et sensibilité. On continue le massage.

3 août. Plus d'épanchement ni d'infiltration. Peut marcher pendant longtemps, sort après 54 séances.

26 septembre. Guérison complète, pas de récidive.

Obs. XIX (*Gottlieb*)

*Arthrite aiguë traumatique à répétition. — Massage. — Guérison en 14 jours.*

X..., mécanicien, âgé de 36 ans, consulte l'auteur le 15 septembre 1874. Deux fois auparavant, le malade a eu, à la suite de traumatismes, des arthrites légères du genou qui ont disparu spontanément. Il y a quatre jours, à la suite d'un effort, la même articulation commença à devenir douloureuse et à se tuméfier surtout pendant la marche qui du reste ne fut pas complètement entravée. Articulations des membres supérieurs tout à fait saines. Rien du côté des organes génitaux.

Tuméfaction du genou, épanchement liquide assez abondant pour donner du ballottement, pas d'épaississement inflammatoire de la capsule.

Au-dessus de la rotule, le genou mesure 38 centimètres, 36,5 et 35. Les dimensions correspondantes de l'autre côté sont : 37.5, 36.5, 35.75. Mouvements libres, peu de douleur, marche pénible, le malade se fatigue vite. Massage.

27 octobre. Le liquide a disparu au bout de quatorze jours, il n'y a plus de flaccidité de la capsule articulaire ; les mensurations donnent 35, 35.75, 35 ; pas de gêne de la marche. Guérison après 36 séances [1].

Obs. XX

Plusieurs jours auparavant, arthrites aiguës de genou à la suite d'un effort. Depuis deux jours, nouvelle poussée, pas d'épanchement, vives douleurs dans la marche; guérison après 12 séances.

Obs. XXI

Chute la veille. Épanchement à la suite d'un effort, vive sensibilité, marche presque impossible, pas de traitement antérieur, guérison après 21 séances.

Obs. XXII

Station prolongée peu de jours auparavant, douleurs sans épanchement, guérison après 7 séances.

Obs. XXIII

Station prolongée peu de jours auparavant, douleurs sans épanchement, guérison après sept séances.

Obs. XXIV

Dix jours auparavant, entorse en dansant. Léger épanchement. Pas de douleurs. Sangsues et cataplasmes. Guérison après six séances de massage.

Obs. XXV

Épanchement rapide dans le genou avec distension de la cap-

1. Gottlieb, *Medelelser om massage.* Ugesskr. for Läger. 26 décembre 1874, n° 30, p. 466.

sule. Douleur et sensibilité. Pas de traitement au début. Guérison après 28 séances de massage. Depuis deux ans le malade a eu plusieurs synovites.

(Les six dernières observations sont de Johnsen)[1].

### Obs. XXVI

*Arthrite traumatique aiguë du coude. — Irradiation dans la masse des muscles épicondyliens. — Immobilisation de la main en pronation. — Massage. — Guérison.*

Le 30 décembre 1881, M. de Sch..., en sautant par-dessus un tas de sable, tombe si malheureusement que le coude gauche porte très fort contre le sol. Une demi-heure après l'accident, il ressent une douleur légère à l'endroit touché. Le lendemain matin, cette douleur était devenue beaucoup plus vive, et s'accompagnait de tuméfaction. A mon arrivée, la tuméfaction était très prononcée. En arrière et de chaque côté de l'olécrâne il y avait de la fluctuation ; ces points étaient le siège d'une sensibilité plus ou moins vive au toucher. La masse musculaire de la partie externe de l'avant-bras était plus volumineuse qu'à l'état normal et très douloureuse au toucher ; plus on se rapproche de l'articulation du coude, plus la sensibilité et la douleur sont vives. Le malade n'a pu dormir à cause de cette douleur. L'avant-bras est dans une situation intermédiaire entre la flexion et l'extension. Celle-ci peut être faite jusqu'à 115° environ ; la flexion va jusqu'à l'angle droit. Au delà de cette limite, elle devient très douloureuse. Mouvements actifs restreints. La main est dans la pronation et les mouve-

1. *Bidrag til, massagebehandlings statistik.* Hospitals Tidende, 2. R. V. nº 7, 13, 1878, p. 98.

ments de supination sont impossibles. Après avoir fait disparaître par le massage la plus grande partie de l'œdème, on reconnaît que les muscles épicondyliens ne sont le siège d'aucune lésion. Le massage, très douloureux au début, est fait deux fois par jour. Les effets immédiats furent tout à fait satisfaisants, et, dès la nuit suivante, le malade put dormir. Le lendemain, la douleur était moins vive, les manipulations étaient mieux supportées. Mouvements passifs légers.

2 *janvier*. — Mouvements actifs possibles, mais moins étendus qu'à l'ordinaire. La tuméfaction a notablement diminué et il n'y a plus au voisinage de la jointure qu'une fluctuation à peine sensible. Plus de sensibilité dans les muscles de l'avant-bras.

3. — Le malade peut mettre seul sa redingote et son pardessus.

4. — Mouvements passifs de flexion et d'extension indolents et aussi étendus qu'à l'état normal, mouvements passifs un peu limités ; la main n'est plus immobile dans la pronation.

5. — Il ne reste plus qu'une certaine faiblesse du bras.

21 *janvier* 1882. — Je reçois du malade, qui a quitté Paris, une lettre m'annonçant que la guérison est complète et qu'il peut se servir de son bras comme avant l'accident.

### Obs. XXVII (*personnelle*)

*Arthrite traumatique des deux articulations phalangiennes de l'annulaire et de l'auriculaire. — Propagation à une partie de la gaîne de l'extenseur des doigts. — Trois séances de massage. — Guérison.*

Mme L..., 31 ans, femme de chambre, s'y prit si malheureusement en voulant ouvrir une armoire qu'elle se tordit le mé-

dius et l'annulaire de la main gauche. Immédiatement douleur très vive et tuméfaction des deux doigts en question. Au bout de trois jours, pas d'amélioration. Au moment où je la vois pour la première fois, je constate que les deux articulations phalangiennes sont tuméfiées et douloureuses surtout sur le dos des doigts. La douleur s'étend le long du tendon de l'extenseur de l'annulaire jusqu'au milieu de la région métacarpienne.

L'extension complète est impossible. Trois séances de massage (une par jour) suffisent pour la guérison.

Le massage a conduit vite et sûrement au but ; dès les premières séances la douleur et la tuméfaction diminuent et la résorption est définitive. Quelques cas même semblaient peu appropriés au traitement. Un malade se fait une entorse suivie d'une propagation inflammatoire à la synoviale articulaire, on traite par les dérivatifs ou les émissions sanguines en maintenant le membre dans une immobilité rigoureuse. Ce traitement est suivi de succès — la chose arrive parfois — ; au bout d'un mois ou davantage, le blessé peut marcher. Cela veut-il dire qu'il y a *restitutio ad integrum*, qu'il ne reste plus qu'un souvenir du traumatisme antérieur ? Nullement ; l'articulation est devenue un lieu de moindre résistance ; une station debout prolongée, une marche de quelques heures, s'il s'agit d'une jointure du membre inférieur, suffiront pour produire de l'épanchement, de la rougeur, de l'œdème ; vous reprenez le traitement qui vous a réussi

la première fois, il vous réussit encore, mais il ne saurait, en aucun cas, mettre à l'abri des récidives.

Cette susceptibilité pathologique développée à la suite d'un accident ne paraît pas s'accorder avec l'idée d'une guérison parfaite. Il est probable qu'il reste des lésions imperceptibles pour le médecin, insensibles pour le malade et compatibles avec un fonctionnement régulier de l'articulation. C'est une loi de pathologie générale que, plus une maladie se prolonge, plus il y a de chances qu'elle altère l'organe touché. Le massage, nous l'avons déjà dit à propos de l'entorse, guérit plus vite que toute autre méthode; par conséquent il y a moins de chances d'altérations organiques persistantes, moins de chances de répétitions quand on s'en sert. Dans les manifestations tardives, il donne d'excellents résultats; mais nous ne saurions dire de quelle manière il impressionne l'article; atténue-t-il la prédisposition aux récidives? vaut-il mieux que les anciens procédés? On serait tenté de répondre par l'affirmative, en faisant observer qu'avec eux on n'a pu se mettre à l'abri des accidents ultérieurs même en intervenant dès l'origine.

Les résultats avantageux qui ont été obtenus par Gottlieb, Johnsen et par moi, ne sauraient être regardés comme des exceptions. A côté d'eux, il y a des statistiques dont quelques-unes portent sur des cen-

taines d'observations ; elles démontrent ce qui a été démontré pour l'entorse : que le massage guérit sûrement et rapidement.

M. Gassner a traité par lui 24 cas d'arthrite aiguë traumatique ainsi répartis suivant les articulations :

| | |
|---|---|
| Coude | 2 |
| Poignet | 6 |
| Genou | 7 |
| Pied | 9 |

La durée moyenne du séjour à l'hôpital fut de 8 jours $\frac{3}{10}$. Cette durée nous est fournie par les chiffres suivants :

| | |
|---|---|
| Arthrite du coude | 9 jours |
| — de la main | 5 — |
| — du genou | 9 — |
| — du pied | 99 [1]. |

Berghman, lui aussi, a réuni de nombreux cas qu'il a eus à traiter dans une pratique de deux ans et demi. Les affections en question étaient aiguës dans l'acceptation propre du mot ; c'est-à-dire que l'accident avait eu lieu depuis huit jours au plus quand on commença le massage ; dans tous, sauf cinq, il y eut deux séances par jour. Les faits sont au nombre de 145 ; ils comprennent des entorses, des arthrites avec épanche-

1. *Erfolge d. Massage bei Gelenkkontusionen und Distorsionen*. Bayer. ærztliches Intelligenzblatt, 31 aug. 1875, n° 35, p. 355.

ment de sang ou de sérosité. Voici comment ils se répartissent :

| | | |
|---|---|---|
| Articulations | tibio-tarsienne | 70 |
| — | diverses du tarse | 10 |
| — | de la main | 10 |
| — | des doigts et des orteils | 6 |
| — | du genou | 41 |
| — | du coude | 5 |
| — | acromio-claviculaire | 2 |
| — | scapulo-humérale | 3 |

L'âge des malades a varié de 6 mois à 70 ans. Chez tous, sans exception, la guérison a été parfaite et s'est maintenue ; en règle générale, elle a été d'autant plus prompte que le traitement a commencé plus tôt.

Dans les cas où il ne s'est pas écoulé plus de quatre jours entre le traumatisme et le début du traitement, il a fallu 12,44 séances en moyenne.

b) *Arthrites chroniques.* — Arthrites sans épanchement primitives ou consécutives au traumatisme. — Cas douteux. — Hydartroses. — Action du massage.

Il est plus difficile encore d'établir des subdivisions et des classifications naturelles que pour les arthrites aiguës : on pourrait, avec un peu de bonne volonté, faire des arthrites chroniques de toutes les affections des jointures qui suivent une marche lente : les épanchements séreux appelés, en

France hydartroses, en Allemagne hydropisies articulaires ont pour origine un processus inflammatoire chronique ; la même remarque s'applique aux arthropaties rhumatismales ou goutteuses, à celles des scrofuleux, aux déterminations articulaires de la tuberculose. Il me paraît utile, étant donné le point de vue particulier auquel je me place, de distinguer nettement ces affections les unes des autres. Je ne saurais mieux faire que de répéter ici ce que j'ai dit à propos des arthrites aiguës. Le massage guérit sûrement un certain nombre de ces affections, il en améliore à peine d'autres ; enfin, dans un certain nombre de cas il est nettement contre-indiqué ; car son influence sur l'état local est problématique, et il n'est nullement démontré qu'il ne puisse pas contribuer à produire des accidents généraux graves. Je fais allusion aux affections tuberculeuses des jointures sur lesquelles j'aurai à revenir.

Supposons pour l'instant que nous avons affaire à un malade qui n'a pas eu récemment de maladie aiguë ; qui n'est ni scrofuleux, ni tuberculeux, ni rhumatisant, ou du moins, qui n'a jamais présenté de manifestations franchement rhumatismales ; chez lequel il n'est pas possible de soupçonner une invasion bacillaire de la synoviale ou des tissus péri-articulaires. Ce malade n'est nullement à l'abri des arthrites chroniques : elles peuvent se produire après une phase

très nette d'acuité ou suivre dès l'origine une marche lente et insidieuse; elles peuvent rester fibrineuses, produire des adhérences ou même des végétations intra-articulaires. « Dans certains cas, dit Volkmann, la surface interne de l'articulation est fortement vascularisée : les vaisseaux des franges synoviales sont très marqués; celles-ci sont plus grosses que d'habitude, et elles n'occupent plus seulement les bords des cartilages articulaires, mais elles font saillie çà et là sur la surface libre, sous forme de petites nodosités rouges du volume d'une tête d'épingle. Après qu'elle est restée plus ou moins dans cet état, la synovite commence à s'apaiser et la membrane prend une structure fibroïde. Peu à peu, l'irritation s'étend aux couches conjonctives externes qui se sclérosent, deviennent fibreuses et moins vasculaires. Dans les cas les plus graves, l'épithélium est détruit ; à sa place, les franges synoviales se développent fortement et recouvrent toute la surface libre de la capsule de masses prolifères [1] ».

Ces faits, connus par l'examen nécroscopique d'articulations malades, ne peuvent pas être constatés pendant la vie : on y remonte par induction et par analogie. L'observation directe prouve qu'il existe des arthrites chroniques d'emblée sans épanchement, mais il en existe aussi dans lesquelles la cavité de la syno-

1. *Klin. d. Gelenkkrznk.* p. 712, in Pitha et Billroth Handb.

viale est remplie plus ou moins complètement par un liquide séreux : celles-ci constituent les hydartroses des ouvrages classiques.

### Obs. XXVIII

*Arthrite chronique du poignet chez une strumeuse ; massage ; amélioration.*

Mlle S., 19 ans, strumeuse, cicatrices nombreuses sur le cou et les jambes, consécutives à des adénopathies et à des affections osseuses suppurées. Il y a deux ans, scarlatine ; peu de temps après tuméfaction de l'articulation du poignet gauche, puis les mouvements devinrent difficiles et si douloureux, qu'elle cessa de pouvoir écrire, elle put encore s'habiller. Traitements empiriques nombreux et en particulier frictions avec des topiques irritants sur la région.

Les symptômes n'ont éprouvé aucune modification. Au mois de septembre 1881, à l'époque où je vois pour la première fois cette malade, elle présente une tuméfaction notable du poignet aussi prononcée du côté de la face dorsale que du côté de la face palmaire ; cette tuméfaction, qui date de quatre ans, descend jusqu'au métacarpe. Elle est régulière et égale, sans bosselures, ni fluctuation. Il y a toujours des douleurs spontanées, mais moins vives qu'au début ; flexions légères de la main ; mouvements actifs presque supprimés ; flexions et extensions douloureuses ; pronation et supination impossibles.

Le massage, très douloureux au début, est bien supporté au bout de 3 semaines. La jointure a diminué de volume et la mobilité a augmenté. La flexion et surtout l'extension sont plus étendues ; la tuméfaction est moindre ; on n'a rien obtenu du côté de la pronation et de la supination.

27 septembre. Il reste un peu de gonflement et de la difficulté dans les mouvements de flexion et de supination.

Il eût été sage, peut-être, de ranger ce cas parmi les affections diathésiques. Mais à quelle diathèse le rattacher ? Pour ceux qui admettent la scrofule, la malade était manifestement scrofuleuse : elle avait eu des adénopathies cervicales suppurées, des accidents osseux ; n'était-il pas tout simple d'attribuer l'arthrite du poignet à la diathèse et de supposer qu'on était en présence d'une des synovites granuleuses, décrites par Hueter et regardées comme des manifestations strumeuses? Il est possible en effet que l'affection se fût développée sous l'influence d'une cause constitutionnelle, mais rien ne permet de l'affirmer ; on ne peut guère donner ce cas pour autre chose que pour une arthrite chronique spontanée.

Le poison de la scarlatine a une prédilection marquée pour les jointures ; il provoque le développement de l'affection appelée par les nosographes modernes rhumatisme scarlatin ; le poignet s'est pris à la suite de la fièvre éruptive en question ; jamais la maladie locale n'a été complétement guérie, il est peu probable cependant que les productions fongueuses ou granuleuses, s'il en existait, fussent très abondantes et très vivaces. Le massage en a eu rai-

son assez vite. Dans d'autres cas cités, les arthrites chroniques avaient une origine connue : le traumatisme.

Les arthrites sont plus fréquentes au genou, plus faciles à traiter que dans n'importe quelle autre jointure ; et l'articulation est volumineuse, très accessible : le massage énergique et complet ne présente pas de difficultés. L'articulation coxo-fémorale, moins exposée aux phlegmasies traumatiques, protégée qu'elle est par sa situation contre les violences extérieures est plus difficile à masser ; on ne peut guère agir sur elle chez les enfants et les personnes amaigries. Il se fait des arthrites chroniques accompagnées d'épanchement dans la plupart des jointures, mais par cela même qu'elles sont presque toujours multiples, presque toujours accompagnées d'accidents du côté du système musculaire, ou même des viscères, il est rationnel de conclure que ce sont des manifestations locales d'une maladie générale : à ce titre que nous les étudierons plus loin.

Des variétés que nous venons d'indiquer celles qui sont surtout justiciables du massage sont les arthrites avec épanchement séreux. La méthode est contre-indiquée s'il y a du pus ; nous ne parlerons pas de la variété correspondante.

Dans les observations suivantes, des inflammations chroniques de l'articulation fémoro-tibiale étaient

accompagnées d'anciens épanchements ; deux au moins semblaient avoir pour origine un traumatisme.

### Obs. XXIX

*Arthrite chronique spontanée du genou droit. — Massage. — Guérison.*

Mlle A., 33 ans, souffre depuis longtemps de douleurs assez vives dans le genou droit. Rien de semblable dans les autres jointures. Bains de Barèges et hydrotérapie sans résulat. Ne peut marcher qu'avec des béquilles, pas de déformations. Dans l'extension de la jambe droite, on trouve au dessus de la rotule un espace assez limité dans lequel la synoviale est épaissie. Douleur à la pression à ce niveau s'irradiant assez loin. Mouvements actifs très limités, à cause de la douleur ; massage. Au bout de 5 semaines l'épaississement a sensiblement diminué, la guérison est complète après 1 mois 1/2 de traitement.

### Obs. XXX

*Arthrite chronique traumatique du genou gauche. — Extension et flexion forcées. — Massage. — Amélioration notable.*

Mlle A. L., 16 ans, strumeuse. Il y a 7 ans a fait en jouant une chute sur le genou gauche. Tuméfaction et douleur immédiates ; peut continuer à marcher. La tuméfaction a persisté, immobilisation, badigeonnages iodés sans résultat ; depuis lors, alternatives d'amélioration et d'aggravation.

5 août 1880. Tuméfaction du genou droit correspondant à la forme et à l'étendue de la capsule articulaire ; pas de liquide dans la jointure, mobilité limitée en tous sens, flexion à 140° de la jambe sur la cuisse, pas de craquements, les cartilages

et les os sont intacts, pas de douleur spontanée. Extension et flexion forcées, massage, diminution de volume de la jointure après 90 jours de traitement, capsule, tissu conjonctif péri-articulaire moins infiltrés et plus fermes, jambe étendue à 170°, marche moins difficile.

### Obs. XXXI

*Arthrite chronique traumatique du genou droit. — Epaississement de la capsule. — Massage. — Guérison.*

M. N. L., 33 ans, lymphatique, tombe d'une balançoire à 28 ans; le genou droit a porté si malheureusement qu'il a été obligé de se mettre au lit; 12 sangsues, disparition des accidents aigus, raideur de la jambe, et difficulté de la marche. Depuis lors, tout exercice prolongé oblige le malade à garder le lit plusieurs semaines ; différents traitements sans résultat.

6 novembre 1880. Atrophie prononcée de la jambe et de la cuisse, ne peut marcher sans béquilles, les condyles du fémur, augmentés de volume, font saillie sous la peau, la mobilité est notablement diminuée, extension jusqu'à 150°, flexion à 10°, légère subluxation du fémur en arrière et en dehors avec un peu de rotation en dedans, sensibilité très marquée à la pression au niveau des ligaments ; pas de liquide dans la cavité qui semble remplie par une masse molle et élastique. Extension et flexion forcées, massage. Après 7 semaines de traitement, le malade peut faire sans béquilles de petites promenades dans sa chambre.

25 mars 1881. Marche facilement sans appui ; flexion à angle droit, amélioration de l'état général.

On était conduit malgré soi, pour les deux dernières malades à songer à l'état général. Nous re-

viendrons sur ces arthropaties bâtardes, lorsque nous parlerons de la scrofule ; pour l'instant nous n'avons à retenir qu'un fait : dans les arthrites chroniques simples, spontanées ou traumatiques, le massage agit d'une manière aussi rapide et plus décisive que tous les autres traitements. On peut supposer que les lésions étaient légères : un malade marche aussitôt après l'accident, un autre va beaucoup mieux, après une application de sangsues : dans les deux cas, il y avait longtemps que la période aiguë était passée quand on massa. On ne saurait en dire autant, à propos de l'observation qui va suivre et qui appartient à M. Vesterlund. Un premier traumatisme a été suivi d'une arthrite du genou ; la seconde fois, on est en présence d'une plaie pénétrante de la même articulation qu'on traite par le massage, aussitôt après la disparition des accidents aigus.

Obs. XXXII

*Arthrite traumatique ancienne du genou droit. — Ankylose fibreuse incomplète. — Plaie pénétrante de l'articulation. — Périarthrite suppurée. — Bandage plâtré. — Pansement phéniqué. — Guérison de la plaie. — Ankylose fibreuse du genou. — Massage avant la fin des accidents aigus. — Flexion forcée du genou. — Destruction de l'ankylose. — Massage consécutif. — Guérison.*

Johan O..., paysan, âgé de 33 ans. Dans le cours de l'année 1870, il eut de la douleur dans le genou droit à la suite

d'un coup. Ce genou était depuis lors un peu plus raide et un peu plus volumineux que celui du côté sain. Le 15 août 1874, il se frappe avec sa hache la jointure en question, il sort une quantité insignifiante de sang avec un peu de sérosité gélatineuse. Les deux jours suivants, il peut marcher; mais, dans la suite, il dut prendre le lit. Le 9 septembre, M. Vesterlund le trouva dans l'état suivant : Le genou droit est raide, rouge et douloureux. Juste au-dessus du bord supérieur de la rotule, on voit une plaie longue de 3 centimètres dirigée de haut en bas et de dedans en dehors. Une sonde, introduite par cette plaie, pénètre dans une cavité longue de 10 centimètres, large de 3 ou 4 et dont les parois sont formées par les parties molles, qui s'étend vers la partie supérieure de la jambe ; il en sort un liquide séro-purulent assez abondant ; il a de fortes douleurs, en particulier sur le côté interne du genou.

Diagnostic : *Plaie pénétrante d'une articulation atteinte d'altérations anciennes ; synovite traumatique* ; *abcès périarticulaire*. Un appareil plâtré fenêtré est placé sur le genou étendu ; avec le pansement phéniqué, la plaie guérit en 3 semaines ; puis, l'appareil étant enlevé, on observe ce qui suit : La circonférence de la jambe, à la hauteur de la tête du péroné, mesure 32 centimètres, au niveau du bord inférieur de la rotule 38 centimètres, près du bord supérieur 40 centimètres, au niveau du bord supérieur de la cicatrice 37 centimètres.

La circonférence du genou sain mesurée aux points correspondants est de 30 centimètres 1/2, 35 et 34 centimètres. Pas de sensibilité aux pressions légères. A la main, la région du genou paraît un peu plus chaude que le reste de la peau. Mouvements actifs impossibles ; il est facile de comprendre que

l'arthrite s'est terminée par ankylose parce que de légers mouvements sont encore possibles. Peut-être les cartilages ont-ils été intéressés, le processus dure peut-être encore.

Séance de massage de 15 minutes, la circonférence diminue de 1 centim ; au bout de cinq séanecs, la tuméfaction diminue encore quelque peu et la mobilité augmente ; en même temps il se fait une éruption furonculeuse sur la partie de la peau sur laquelle avait été appliqué l'appareil plâtré et qui a été soumise aux frottements. Le 20 octobre, son état s'est beaucoup amélioré, il peut marcher avec des béquilles.

Circonférence : Au niveau de la tête du péroné 35 centimètres ; vers les parties inférieure et supérieure de la rotule 38 et 40 centimètres. Après six séances de massage, ces circonférences sont réduites à 33, 38 et 39 centimètres. Après chaque séance les mouvements sont plus faciles, mais, au bout de quelques heures, la tuméfaction et la rigidité redeviennent ce qu'elles étaient.

On prescrit des mouvements actifs pendant une demi-heure après chaque séance. Le 31, le malade essaye de marcher sans canne. Jambe fléchie à 140° sur la cuisse. La tuméfaction ne diminue plus, parce qu'on a été obligé d'interrompre le massage, à cause de l'éruption. A partir d'un des furoncles, on peut suivre un lymphatique en flammé jusqu'à un ganglion de l'aîne tuméfié et douloureux. Après la guérison de ces accidents, le massage est repris ; moins énergique et moins étendu qu'auparavant. Le 5 novembre, à la suite un repos de quelques jours, on fait la flexion forcée pendant la narcose chloroformique ; après un craquement correspondant à la rupture des néomembranes constituant l'ankylose, on peut arriver jusqu'à une flexion normale. Immédiatement après, massage énergique. Le lendemain, le malade se trou-

vant assez bien, on continue le massage que l'on répète chaque jour. 11 novembre : La jambe peut être fléchie sans douleur jusqu'à 60° sur la cuisse. Le malade ne garde plus le repos, il peut marcher assez longtemps sans fatigue. Pas de douleur, ni de sensibilité au voisinage de la jointure. La circonférence, au niveau des parties en question, mesure 32, 36 et 37 centimètres. Complètement satisfait du résultat obtenu, le malade retourne chez lui. L'auteur a su, par une lettre reçue quelques mois plus tard, que la guérison était complète [1].

C'est là, dira-t-on, un de ces faits étonnants qu'on propose à l'admiration des médecins sans leur proposer de suivre une conduite analogue à celle du praticien qui a obtenu la guérison. Pourquoi non? Il n'a été ni audacieux, ni téméraire.

Le massage appliqué avant la disparition complète des accidents aigus, produit ses effets sédatifs ou antiphlogistiques. Un peu plus tard, on n'a pas hésité à détruire la fausse ankylose et à conjurer les accidents inflammatoires qui auraient pu suivre cette intervention hardie. Tout cela est rationnel, et il n'existe pas d'exemples capables de faire mettre en doute la légitimité d'un tel procédé.

Les principes que nous avons exposés, sont ceux de l'École d'Amsterdam; les mêmes résultats ont été obtenus partout où le massage a été appliqué avec persévérance.

1. F. W. Vesterlund. *Tio Fall af massage*. Finska Läkaresällskapets Handl. Bd, XVII, 1875, nos 3 e 14, p. 14'.

MM. Berghman et Helleday font justement remarquer qu'il y a bien peu d'arthropaties chroniques dans lesquelles cette méthode ne soit pas indiquée ; il arrive souvent qu'une affection mal détérminée d'un membre inférieur a pour origine une lésion limitée d'une jointure qu'on pourra reconnaître avec un examen attentif. « Nous avons été vivement frappés, disent ces auteurs, du premier cas de cette nature que nous avons eu l'occasion de voir. Il s'agissait d'un vieillard qui souffrait, depuis trois mois, d'une faiblesse de la jambe droite; celle-ci avait peu à peu augmenté, de telle sorte, qu'après une courte marche il devait s'arrêter; il lui était même presque impossible de monter les escaliers. Pas de douleurs, mais un sentiment constant de fatigue dans la jambe. Pas de traumatisme ni d'affection aiguë des articulations; il a vu de nombreux médecins, les uns lui ont dit que c'était une affection rhumatoïde, les autres que c'étaient des accidents nerveux. Une fois on diagnostiqua une parésie des muscles de la jambe consécutive à une spondylite guérie depuis longtemps. Quand Mezger fit l'examen, il ne trouva pas la moindre anomalie du côté de la colonne vertébrale. Les muscles de la jambe intéressée étaient en voie d'atrophie et la température était un peu plus basse que du côté sain ; les articulations coxo-fémorales et tibio-tarsiennes ne présentaient rien d'anormal. Les mouvements actifs et

passifs des genoux n'étaient pas diminués d'amplitude, il n'y avait pas d'épanchement et leurs contours étaient réguliers.

Tout à coup, Mezger mit le doigt sur un point parfaitement limité à côté de la rotule. « C'est là, dit-il, » et en effet, le malade poussa un cri de douleur. On diagnostiqua une synovite chronique circonscrite, et la flaccidité des muscles de la jambe fut attribuée à un trouble de nutrition consécutif à une immobilité relative de longue durée. Après quatre semaines de massage, il ne restait plus au malade qu'un peu de fatigue en montant les escaliers.

J'ai eu plusieurs fois à traiter des cas de même ordre. Ces synovites chroniques sèches limitées sont très difficiles à découvrir ; c'est d'habitude au genou qu'on les rencontre, il est rare qu'elles soient bilatérales et symétriques. Les lésions siègent en général près des bords latéraux de la rotule d'un seul côté moins souvent au dessous d'elle : lorsqu'on appuie un peu plus fort sur ces points, il arrive ce qui est arrivé dans le cas de Mezger : les malades jettent un cri ou font un brusque mouvement de douleur. Pourtant il n'existe pas d'épanchement, presque pas d'induration ; le contraste entre les symptômes objectifs et subjectifs est frappant : les premiers sont à peu près insignifiants ; les seconds ne sont assez graves pour rendre la marche difficile ou impossible. Certaines personnes sont obli-

gées de garder complètement le lit ; inutile de dire qu'en pareil cas, le diagnostic est toujours incertain ; le plus souvent même on a parlé de plusieurs maladies, de rhumatisme, d'affections du système nerveux central ou périphérique, etc. Les traitements institués conformément à ces hypotèses n'aboutissent à rien. Je suis persuadé que la plupart des faits décrits sous le nom de névralgies, de névroses articulaires, se rapportent à des synovites chroniques limitées analogues à celle dont nous venons de parler. Ils sont excellents pour le praticien qui sait les reconnaître : un massage énergique, bien fait, portant sur le siége même du mal et sur les muscles atrophiés a raison de tout ; la douleur, l'impuissance fonctionnelle, l'atrophie disparaissent comme par enchantement. Le malade et ses proches sont d'autant plus surpris d'un pareil résultat que le diagnostic avait été moins certain et le pronostic plus réservé.

Le massage est plus facile et il n'existe même pas une apparence de contre-indication dans les arthrites chroniques accompagnées dès le début d'épanchement séreux. Les praticiens pusillanimes hésitent dans la plupart de ceux dont nous avons parlé jusqu'ici ; lorsqu'il existe le moindre phénomène aigu, ils s'abstiennent pour ne pas l'exagérer ; lorsque tout est fini ils s'abstiennent encore, tant ils redoutent de provoquer une rechute. On ne peut songer à rien de sem-

blable dans bon nombre d'hydrartroses; du commencement à la fin, tout va lentement, par conséquent on est sûr de ne pas nuire, et pour peu qu'on croie au massage, on ne risque rien à l'appliquer.

### Obs. XXXIII

*Hydartrose du genou droit. — Massage. — Guérison*

Mme B., 54 ans, raconte qu'il y a quinze jours, à la suite d'un bain, le genou droit s'était tuméfié sans cause connue, ni symptômes subjectifs. La marche est devenue très difficile. Repos, élévation du membre, badigeonnage iodé; pas d'amélioration. Au moment où nous voyons cette malade, elle marche difficilement à l'aide d'une canne. L'épanchement est surtout abondant dans la portion sus-rotulienne de la synoviale. Pas de changement de coloration de la peau, mouvements actifs très limités. Mouvements passifs possibles. Extension de 30° moins élevée que l'extension normale. Flexion très douloureuse quand on approche de l'angle droit. La première séance de massage est suivie d'une amélioration assez sérieuse. Je prescris à la malade de revenir à pied chez moi. Au bout de quelques jours la douleur et le gonflement sont moins prononcés. A la fin de la semaine, la malade peut marcher sans le secours d'un bâton. Il ne reste plus qu'une légère infiltration périarticulaire, mouvements passifs de la jointure; sept séances.

### Obs. XXXIV

*Hydartrose des deux genoux. — Massage. — Guérison.*

Mme L., 34 ans, a eu à diverses reprises des épanchements dans les genoux; les deux n'ont jamais été pris en même

temps; le genou gauche paraît l'avoir été plus souvent que le droit. La marche est devenue de plus en plus pénible ; elle est même souvent obligée de s'arrêter pendant les promenades qu'elle fait à pied ; depuis l'année dernière, elle ne peut plus que difficilement monter et descendre les escaliers ; toutes les médications usitées en pareil cas ont été employés sans succès ; sangsues sur le genou ; compresses froides, hydrothérapie ; séjours à Biarritz, Luçon, Aix-les-Bains, immobilisation du genou par un appareil plâtré. Le malade l'a gardé deux mois sans avantage.

Quand on l'enleva, l'atrophie des muscles des jambes avait augmenté, et l'état général s'était plutôt aggravé qu'amélioré.

Gonflement des deux genoux, moins prononcé toutefois du côté droit. Fluctuation peu marquée au niveau des parties de la synoviale qui se trouvent au dessus de la rotule. Les téguments du genou sont de couleur sombre et sillonnés par des veines dilatées. Les mouvements passifs sont légèrement entravés, il est probable que les téguments sont épaissis ; après deux mois et demi de traitement par le massage, le genou a repris sa forme, plus d'épanchement intra-articulaire ni d'infiltration périsynoviale. La marche est indolente, la malade n'éprouve pas autre chose que de la fatigue après une promenade à pied prolongée ; huit mois plus tard, elle pouvait faire de longues courses à pied.

## Obs. XXXV

*Hydartroses tibio-tarsiennes. — Synovite de la gaîne des extenseurs des orteils. — Massage. — Guérison.*

M. B., 48 ans, a depuis trois mois des douleurs dans le pied, qui l'empêchent de faire de longues marches. La douleur a son

maximum au niveau de l'articulation tibio-tarsienne ; mais au bout de quelques temps, elle s'irradie vers le haut et vers le bas. Frictions avec du baume tranquille, bains russes, bain de Barèges, sans résultat. Fluctuation intermalléolaire au niveau de la partie antérieure de l'articulation. Douleurs vives sous l'influence des pressions un peu fortes. Epanchement dans la gaîne des tendons des extenseurs des orteils. Le gonflement augmente après une marche prolongée et remonte plus haut dans la région de la jambe, mouvements passifs des pieds limités et très douloureux, guérison complète après quatre semaines de massage.

La plupart de ceux qui se sont occupés du traitement des hydartroses par le massage sont d'accord sur ses bons effets. M. Kiener dit formellement qu'il vaut beaucoup mieux que les dérivatifs et les révulsifs. Mosengeil seul déclare qu'il n'a obtenu que des résultats assez satisfaisants et il attribue cet insuccès relatif à une obstruction des voies de résorption qui se produirait lorsque l'hydartrose date de longtemps. Il est difficile sans doute d'intervenir alors avec assez d'énergie dans la nutrition des tissus articulaires et périarticulaires pour déterminer une résorption rapide ; mais il ne faut pas, dès le premier jour, perdre courage et recourir à une autre méthode ; même en pareil cas, le massage seul peut guérir complètement.

Dans la statistique de Johnsen comprenant 43

hydartroses anciennes réunies sous le nom générique de synovites séreuses chroniques, nous trouvons 34 guérisons radicales, et 9 améliorations ; le nombre des séances a varié de 19 à 85 ; dans un seul cas on a dû aller jusqu'à 116 : la maladie datait de 3 mois ; elle s'était développée à la suite d'un travail prolongé à genoux ; il y avait un épanchement abondant avec épaississement de la capsule et de violentes douleurs pendant la marche, qui était presque impossible. On avait eu recours d'abord aux badigeonnages iodés, à l'immobilisation, aux bains de vapeur, et l'on n'avait rien obtenu, le massage donna un succès complet.

Dans le cas même où l'on n'aurait qu'une amélioration, on n'est pas toujours autorisé à déclarer la méthode insuffisante ; parfois les malades interrompent le traitement et reprennent leurs occupations dès que les mouvements ont été moins douloureux.

La même statistique comprend un paragraphe ayant pour titre : ramollissement de la capsule ; il renferme 20 observations et dans 19 la guérison a été complète. Dans ces cas surtout la capacité de résorption de la séreuse avait dû souffrir ; quelques-uns présentaient un caractère de gravité particulier. Dans l'obs. VII le malade avait depuis plus de 30 mois une luxation de la rotule avec épaississement irrégulier de la capsule articulaire ; les mus-

cles de la jambe avaient subi une atrophie marquée, le malade ne pouvait marcher sans bâton. On avait eu recours comme toujours sans succès au repos, aux badigeonnages iodés, aux bains ; la guérison fut complète après 139 séances de massage.

J'ai obtenu moi-même de bons résultats dans quelques cas de même ordre.

La distension passive de la capsule, qui perd une grande partie de son élasticité, se produit à la suite de tous les épanchements qui durent longtemps ; je l'ai vue après des entorses immobilisées. La disparition du liquide n'amène pas la rétraction de la capsule ; elle reste molle ou flasque et la jointure a perdu sa solidité. Au genou, j'ai observé l'anomalie appelée genou de polichinelle. Pour que le malade pût marcher il fallait absolument consolider artificiellement ses articulations par l'application d'un bandage élastique. Ces accidents frappent plutôt les individus affaiblis par l'âge ou les maladies. Le massage augmente la vitalité des tissus et leur tonicité : il faut également le faire porter sur les muscles. Ceux-ci sont plus ou moins atrophiés ; tout ce qui augmente leur énergie les rend plus aptes à contribuer à la tension de la capsule. J'ai eu l'occasion de traiter récemment un garçon de 8 ans, chez lequel un relâchement des ligaments de l'articulation tibio-tarsienne s'était produit à la suite d'une

fracture de l'extrémité inférieure du tibia (fêlure intéressant probablement la surface articulaire). Lorsque cet enfant avait marché un peu longtemps, il se produisait constamment de la tuméfaction au niveau de la jointure : la marche était difficile et incertaine ; le petit malade se tordait le pied à chaque instant. Le médecin ordinaire était absolument opposé au massage, il avait déclaré que l'application d'un pareil procédé n'aurait d'autre résultat que de relâcher l'articulation plus qu'elle ne l'était. Après 6 semaines de traitement, tout était rentré dans l'ordre et le malade marchait aussi bien qu'auparavant. Dans un autre cas de relâchement articulaire datant de longtemps, le massage m'a également donné les meilleurs résultats. Cette observation me paraît assez intéressante pour être rapportée ici *in extenso*.

### Obs. XXXVI

*Arthrite chronique du genou. — Relâchement des ligaments articulaires. — Marche presque impossible. — Massage. — Guérison rapide.*

M. D., 70 ans, robuste et très bien conservé. Depuis quelque temps éprouve une certaine difficulté à marcher, surtout à descendre les escaliers. Sa jambe droite manquait de fixité et ballotait en tous sens. Après avoir fait quelques pas appuyé sur sa canne, ce malade est obligé de se reposer. Claudication prononcée. Ces accidents remontent au mois de février 1889 ; à ce

moment, le genou droit s'est tuméfié sans cause connue, sans douleurs, presque sans symptômes généraux. Le lendemain, l'articulation est devenue sensible au toucher et la tuméfaction a considérablement augmenté. Bains chauds, teinture d'iode, repos absolu. Pendant 14 jours, la tuméfaction diminue un peu, puis elle reste stationnaire. Appareil silicaté. On lui conseille de courtes promenades dans la journée. L'appareil silicaté est enlevé au bout de 3 semaines. Comme il ne pouvait marcher, je fus appelé pour faire le massage. A ce moment je constate que le genou est volumineux ; il n'existe aucun épanchement articulaire, mais la capsule est flasque et relâchée. Fluctuation à peine perceptible. Un peu d'infiltration dans la région sous-rotulienne, mais surtout dans les culs de sac de la synoviale. Mouvements exagérés de la rotule au toucher, on sent que la capsule est sérieusement relâchée. Les mouvements de la jambe dépassent les limites physiologiques, surtout dans le sens latéral. Peu de sensibilité au toucher ; contrairement à ce qui arrive d'habitude chez les vieillards, il y a peu d'atrophie des muscles de la cuisse. J'attribue cette circonstance à ce qu'on a fait marcher le malade aussitôt après l'application de l'appareil silicaté de telle sorte que l'immobilisation n'a été que relative. Massage énergique du genou. Très bien supporté : après quelques séances, le malade marche déjà mieux. La guérison est même plus rapide qu'on n'aurait osé l'espérer étant donné l'âge. Après six semaines toute trace d'épanchement et d'infiltration périarticulaire a disparu. La cavité articulaire a repris sa capacité normale. Les mouvements de la rotule ont lieu dans des limites physiologiques. Il peut faire de longues marches, même sans canne. Plus de trace de l'atrophie des muscles.

Les personnes guéries d'arthrites chroniques ne peuvent pas toujours se servir imédiatement de leur membre. L'articulation qui a été le siège de l'épanchement, s'il y en a eu, reste douloureuse et cependant, on ne trouve rien d'anormal dans la forme et la consistance. Cela tient le plus souvent à ce qu'on n'a pas accordé une attention suffisante à l'atrophie des muscles du voisinage . On a supposé, avec une certaine apparence de raison, que ce trouble était capable de produire seulement de la fatigue et de la faiblesse du membre, mais qu'il ne pouvait, jamais, déterminer la douleur ; c'est une erreur. Dans les cas que j'ai observés, j'ai massé les muscles atrophiés ; la guérison a été complète et jamais je n'ai eu de douleurs persistantes. Lorsque des malades, traités au début par d'autres, se sont adressés à moi, j'ai commencé par agir sur les muscles ; quand ils ont repris leur volume normal, tout a disparu. A la suite d'une fracture du péroné, je notai une atrophie de tous les muscles de la jambe et du jarret : j'obtins une guérison complète par le massage. Il est facile de s'expliquer les douleurs ; d'après Hueter les saillies osseuses, les capsules et les ligaments ainsi que les muscles contribueraient à maintenir, dans leurs rapports physiologiques, les surfaces articulaires. Qu'une de ces forces viennent à être supprimée ou notablement diminuée et l'articulation s'en ressentira au moindre

mouvement ; lors de l'atrophie des muscles, les surfaces tendent à s'écarter, les ligaments sont tiraillés, de telle sorte que la jointure devient sensible à la pression ; les douleurs partant d'un point de la périphérie s'irradient dans toute son étendue. Ces faits ont été bien étudiés récemment par le Dr Bazy[1].

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des hydartroses développées sous l'influence d'une irritation inflammatoire initiale si légère qu'elle soit ; il existe des hydropisies vraies produites par l'exsudation lente et continue de sérosité dans la cavité articulaire. Depuis 2 ans, j'ai eu l'occasion de traiter trois hydartroses spontanées des genoux, se rattachant à cette variété ; l'épanchement s'était produit en 12 heures, la tuméfaction avait atteint son maximum dans le même temps : tout disparaissait spontanément au bout de 7 à 14 jours et se reproduisait. Les poussées présentaient une périodicité relativement régulière ; dans un cas, les deux genoux étaient pris alternativement ; le massage ne produisit pas plus de résultat que d'autres médications, l'administration du sulfate de quinine en particulier. Dans les hydartroses ordinaires, j'ai réussi à faire disparaître le liquide et presque toujours à empêcher sa reproduction, probablement en modifiant la surface de sécré-

1. *Progrès médical*, 23 mars 1889.

tion ; je suis disposé à croire qu'il s'agit dans les autres cas d'un trouble vaso-moteur.

Des arthrites chroniques à secrétion séreuse peuvent se produire dans toutes les jointures. On en observe cependant plus souvent au membre inférieur qu'au membre supérieur ; plus souvent au genou qu'ailleurs. Je ne veux pas faire de statistique et chercher le coefficient de fréquence précis pour chaque articulation.

On fera bien de se rappeler, lorsqu'on est en présence d'une affection ilio-lombaire dans laquelle le massage semble indiqué, qu'il existe des hydartroses sacro-iliaques. Elles se traduisent souvent au début par de la difficulté de la marche et de la pesanteur dans la région. Une douleur à la pression au niveau de l'articulation, est pathognomonique ; comme cette articulation est profonde, entourée de couches musculaires épaisses, il faut exercer une pression énergique. J'ai vu plusieurs de ces hydartroses qui avaient été prises pour des sciatiques.

## § 4. — MASSAGE DANS LES AFFECTIONS DIATHÉSIQUES ET SECONDAIRES DES ARTICULATIONS

a) Arthrites rhumatismales et goutteuses. — Résultats du massage. — Précaution à prendre pour l'appliquer. — Arthrites sèches.

Plusieurs des affections articulaires que nous avons

vues, plusieurs des affections musculaires ou nerveuses que nous verrons se produisent en même temps que d'autres accidents prochains ou éloignés. Ceux-ci marchent parallèlement, leur succèdent, alternent avec elles, à tel point qu'il est difficile de croire à des manifestations indépendantes les unes des autres. Une personne a, sous l'influence d'un traumatisme, d'un refroidissement ou d'une irritation quelconque, une phlegmasie de l'articulation fémoro-tibiale ; on examine avec soin les appareils, on scrute les antécédents et on ne trouve rien ; il y a lieu de supposer que l'affection est isolée et accidentelle. Si au contraire on a relevé, dans l'examen clinique, des particularités qu'on peut rattacher au rhumatisme, à la goutte, à la scrofule ; si le malade a contracté une blennorrhagie imparfaitement guérie, les conditions ne sont plus identiques. Quand même l'analyse la plus soigneuse des symptômes nous montrerait seulement de la déformation et des phénomènes subjectifs locaux, il existe un élément constitutionnel que nous n'avons pas le droit de négliger. La phlegmasie articulaire était dans le premier cas, l'affection fondamentale ; c'est elle qui servait d'orientation à la thérapeutique. Dans les arthrites diathésiques ou secondaires, c'est moins net : il existe un état général complexe, mal connu. C'est contre cette prédisposition

nébuleuse qu'il faut lutter ; tant qu'elle entrave le cycle régulier des échanges organiques, on n'a rien obtenu. Par le massage, on fait disparaître l'épanchement du genou et du coude, on rend à la jointure son intégrité, au membre ses fonctions, mais pour combien de temps? Peut-on promettre un résultat définitif? En obtiendra-t-on même un temporaire? Est-on sûr de ne pas nuire? De ces questions dépendent les indications du massage. Il est utile dans les arthropaties accidentelles ; nous l'avons démontré, nous démontrerons qu'il est aussi utile dans les myopathies. L'observation seule peut nous apprendre si le rhumatisme, la goutte, la scrofule, la tuberculose, la blenorrhagie ne renversent pas les termes du problème, ne rendent pas impossible la réaction sur laquelle nous comptons. Nous allons, comme toujours, donner un certain nombre de faits empruntés à notre pratique ou à celle de nos confrères.

1° Le rhumatisme retentit sur les articulations. L'idée de la diathèse a été si bien associée à celle de ces organes dans l'esprit des nosographes, qu'ils ont essayé de l'étendre par synthèse et de créer l'arthritis maladie générale plus compréhensive que le rhumatisme. Nous n'avons pas à nous occuper de la forme aiguë, personne n'a songé et ne songera à lui appliquer le massage. Restent les formes chroniques :

c'est à elles que se rattachent les observations qui vont suivre :

### Obs. XXXVII (Gerst)

*Arthrites rhumatismales des articulations du pied. — Extension et flexion forcées. — Massage. — Guérison.*

M. N. N. de Trier, âgé de 30 ans, a fait la campagne de 1866 contre l'Autriche ; à ce moment, il eut un rhumatisme des deux articulations tibio-tarsiennes qui disparut peu à peu ; fait la campagne de 1870 ; nouvelle poussée rhumatismale du côté des articulations du pied ; raideur, infiltration sensible des ligaments au dessous des malléoles. La marche sur un terrain uni est très difficile, à cause de la rigidité des jointures intéressées ; il a été traité sans succès par les moyens ordinaires. Massage au-dessous des malléoles ; extension, flexion et rotation de manière à détruire les pseudo-membranes. L'infiltration disparut peu à peu, la marche redevint libre et le 29 août, après 14 jours de traitement, il était complètement guéri.

### Obs. XXXVIII

*Arthrites rhumatismales multiples subaiguës. — Massage. — Amélioration.*

Mme K., 40 ans, vue pour la première fois au mois de mars 1874 ; cette personne qui avait toujours été bien portante jusque-là, fut prise d'accidents fébriles suivis de douleurs dans la plupart des articulations, surtout dans celles du genou et de la hanche. Traitement par le repos au lit, les bains chauds, les badigeonnages iodés sans résultat ; cette malade s'appuie sur la jambe droite ; elle marche courbée, pas longtemps.

Il y a au voisinage de l'articulation coxo-fémorale droite une infiltration notable avec de vives douleurs à la pression et dans les mouvements. Pression de la tête du fémur contre le fond de la cavité cotyloïde indolente. La jambe droite est légèrement fléchie et dans l'abduction. Epanchement assez abondant dans le genou et une vive sensibilité à la pression. Les mensurations au-dessus et au-dessous de la rotule donnent 44 cent. 1/2, 43 cent. 1/2, 42 cent. 1/2. Jambe un peu fléchie, mais la flexion ne peut dépasser 83°; les mouvements sont douloureux.

Extension de la jambe normale. L'articulation du genou renferme également un épanchement assez sensible et mesure 44 cent. 1/2, 42 cent. 1/2, 39 cent. 1/2. Infiltration de la synoviale avec sensibilité à la pression ; flexion jusqu'à 100° ; mouvements douloureux; les autres articulations sont également prises.

24 novembre. La malade est venue irrégulièrement, de sorte que le traitement a été interrompu par de très longs intervalles pendant lesquels elle s'est contentée d'appliquer des cataplasmes de miel et de farine de seigle qui, naturellement, n'ont rien produit. Après 46 séances bien suivies, peut marcher plus longtemps ; pas de douleurs spontanées.

L'infiltration et la sensibilité du voisinage de la hanche ont presque disparu. Plus de traces d'épanchement dans le genou droit; celui du genou gauche a lui-même sensiblement diminué. Les deux capsules du genou sont infiltrées. Quelques parties sont très sensibles; les mouvements sont beaucoup plus libres. Le genou droit mesure 42, 43 et 39 cent.; le gauche 41 1/2 et 39 cent.

### Obs. XXXIX

*Arthrite noueuse. — Massage. — Amélioration* [1].

Mme W., femme d'un maître charpentier, âgée de 34 ans, mère de 5 enfants, n'a jamais eu d'autres maladies qu'un ulcère variqueux de la jambe droite à l'âge de 18 ans ; ni ses parents, ni ses frères et sœurs n'ont souffert d'affections rhumatismales. Il y a deux ans 1/2, Mme W., qui vit dans de bonnes conditions hygiéniques et matérielles, fut atteinte d'une affection rhumatismale qui gagna peu à peu les épaules, les genoux, les doigts et se localisa dans quelques-uns des muscles correspondants. Les articulations des doigts, des orteils, des genoux se tuméfièrent et le mouvement de flexion de ces parties devint douloureux, de telle sorte que Mme B. ne pouvait ni travailler, ni se tenir droite.

Quand la malade vint pour la première fois se soumettre à mon traitement le 13 juin, on avait employé tous les moyens internes anti-rhumatismaux et cela sans résultat ; iodure de potassium, bains résineux, séjour à Tœplitz, pendant le printemps et l'été de 1878.

A ce moment, on constate l'état suivant :

Mme W... est de taille moyenne et assez mince, poids total 47 kilog., n'est pas manifestement anémique. On doit porter cette personne qui ne peut monter l'escalier. On fléchit l'articulation du genou très difficilement et cette flexion est extrêmement pénible ; du côté droit on entend très bien un frottement pendant cette manœuvre ; le genou gauche est

1 Cronfeld (D). Mittheilung mehrerer chronischen Fälle, welche mittelst Massage mit Erfolg behandelt worden sind. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1879, p. 772.

tuméfié et douloureux à la pression. Au niveau des articulations phalangiennes, il y a de la tuméfaction et pour les fléchir il faut déployer une certaine force ; les deux phalanges du pouce sont ankylosées. La colonne vertébrale ne peut être fléchie qu'avec beaucoup de peine.

Massage, frictions énergiques des jointures avec effleurage consécutif, pétrissage des muscles ramollis et exercice de l'articulation par des mouvements actifs et passifs. Au bout de 8 séances, la malade marche sans peine avec un bâton, elle monte trois ou quatre marches d'un escalier, ce qu'elle n'avait pu faire jusqu'alors. Après 14 séances, la malade marche sans bâton, et fléchit, bien qu'avec une certaine difficulté, la partie supérieure du corps. Le traitement fut terminé après 28 séances. A ce moment, elle était dans l'état suivant : La contracture des genoux a complètement disparu, de telle sorte que les jambes peuvent être fléchies et étendues sans difficulté. La marche est normale, aussi bien sur le sol que pour monter les escaliers ; fléchit notablement la partie supérieure du corps. L'état des doigts et des orteils s'est amélioré, il ne reste plus que l'ankylose des phalanges du pouce ; la malade peut tricoter, l'état général est bon ; l'appétit est meilleur. Cette personne qui à Tœplitz avait perdu de son poids, a regagné deux kilog. par le traitement avec le massage, l'amélioration s'est maintenue.

### Obs. XL

*Arthrites chroniques rhumatismales des deux genoux, à poussées aiguës. — Nodosités d'Heberden. — Synovites chroniques des gaînes tendineuses de la main. — Massage. — Guérison des accidents locaux. — Massage général ultérieur.*

M. M. S., 62 ans, atteint, depuis dix ans, de rhumatisme

chronique avec poussées aiguës apparaissant régulièrement vers les mois de septembre et de janvier. Le genou gauche est touché de préférence. Un traumatisme léger, un simple effort sont suffisants pour obliger le malade à garder le lit des semaines ou des mois : de temps en temps l'attaque a le caractère d'une violente sciatique. A la fin du mois d'avril 1879, l'accès porta sur le genou gauche : il fut suivi d'une immobilisation presque complète de la jointure; pas de douleurs spontanées, mais les mouvements sont très limités, et le malade ne peut faire que quelques pas dans sa chambre en s'appuyant sur une canne. Flexion légère de la jambe sur la cuisse, angle poplité 120°. On a traité l'affection par le repos, les bains chauds, les badigeonnages iodés, le colchique et le salicylate de soude à l'intérieur. Flexion ou extension forcées très douloureuses.

On commence par l'effleurage, puis on fait des frictions plus énergiques ; mouvements passifs. Après trois semaines de ce traitement, le malade a recouvré presque toute la mobilité de l'articulation. Il reste encore un peu de faiblesse du membre consécutive à une légère atrophie des muscles. Au bout d'une quinzaine de jours, elle disparaît spontanément; le malade fait sans peine des promenades fréquentes et assez longues. A la suite des attaques antérieures, les mouvements de la main étaient restés limités surtout au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes du côté gauche (main en griffe). Nodosités d'Heberden au niveau des articulations des doigts. Massage des membres et des doigts. Le massage porte sur la face antérieure de l'avant-bras, surtout sur les tendons des fléchisseurs ; extension forcée des doigts incurvés ; cette manœuvre est très douloureuse. Après six semaines de traitement, la mobilité est en partie revenue et le malade peut faire des efforts

ou des mouvements assez énergiques sans provoquer une attaque. Le massage fut pratiqué sur l'autre bras, mais le malade ayant dû partir pour la campagne, le nombre des séances fut trop restreint pour qu'on pût obtenir quelque chose, d'autant mieux que, redoutant une nouvelle attaque, il ne voulait pas se soumettre à une extension assez énergique pour que les adhérences entre les tendons et leurs gaînes pussent être rompues.

Ce malade revient à Paris au mois de novembre suivant : En septembre, il avait eu un malaise général sans accès de rhumatisme proprement dit.

Un examen soigneux de toutes les jointures antérieurement touchées nous permit de constater à ce moment l'état suivant : Au niveau des deux genoux épaississement des éléments fibreux périarticulaires ; infiltration des ligaments latéraux surtout du côté gauche. Pas de douleurs spontanées ni provoquées par la pression. A la main, synovite chronique de la gaîne du tendon de l'abducteur du pouce et du fléchisseur de l'index. Massage sur le trajet de ces tendons ; à peine a-t-on une amélioration qu'une poussée rhumatismale se fait dans l'articulation du poignet ; elle est beaucoup moins forte que les poussées antérieures ; mais elle laisse quand même à sa suite un gonflement péri-articulaire. L'articulation du poignet gauche est ensuite touchée à son tour, mais très faiblement. Rien du côté des genoux.

Après un repos de quelques jours, le massage est repris.

On fait disparaître sans difficulté les symptômes qui persistent et il ne reste plus au malade que des douleurs erratiques; il est beaucoup mieux qu'il ne l'a été depuis dix ans. Massage général destiné à faciliter l'élimination du principe rhumatismal? amélioration.

### Obs. XLI

*Arthrite rhumatismale chronique de la main et du poignet. Synovite tendineuse de même nature des muscles de l'avant-bras. — Massage. — Amélioration.*

M. N., américain, 36 ans, rhumatisant, a depuis longtemps des douleurs dans différentes régions mais surtout dans l'avant-bras droit, à la suite desquelles tous les mouvements des doigts et des articulations de la main sont devenus difficiles.

Il ne peut ni s'habiller seul, ni écrire. Bains de Barèges, saison à Aix-les-Bains, hydrotérapie sans résultat.

Massage énergique des muscles de la région antérieure de l'avant-bras surtout des tendons des fléchisseurs; mouvements passifs d'extension des doigts et de toute la main. Ceux-ci sont très douloureux et accompagnés d'une sorte de déchirure des fausses membranes.

Les muscles de la région postérieure étant légèrement atrophiés, on les masse à leur tour et on recommande aux malades les mouvements actifs de la main. Amélioration très notable après un traitement de trois mois; la tuméfaction des jointures a diminué.

Peut faire tous les mouvements de la main, s'habiller et écrire sans difficulté.

### Obs. XLII

*Arthrites multiples rhumatismales du membre inférieur. — Obésité; stéatose cardiaque. — Insuccès des divers traitements employés. — Massage; guérison des accidents locaux; amélioration de l'état général.*

H. N., 34 ans, originaire des Etats-Unis. Appartient à une fa-

mille de rhumatisants. Attaques multiples de rhumatisme articulaire aigu ayant intéressé plusieurs jointures. Il y a 3 ans, les deux genoux se sont tuméfiés et sont devenus douloureux l'un après l'autre, à quelques jours d'intervalle. Salicylate de soude, séjour au lit ; au bout de ce temps, le malade peut se lever et marcher. Depuis cette époque, a toujours mal dans les jambes ; de temps en temps, douleur dans les genoux, s'irradiant dans les environs, surtout du côté de la face postérieure de la jambe. Souffre aux changements de temps, lorsqu'il fait humide et froid, plus la nuit que le jour lorsqu'il est fatigué. Après une promenade un peu courte, il éprouve le besoin de se reposer. Lorsqu'il est resté longtemps assis, difficultés sérieuses pour se relever et se mettre en marche ; depuis l'année dernière a notablement pris de l'embonpoint, des médecins ont diagnostiqué un début de stéatose cardiaque. S'essouffle facilement en marchant ; a suivi depuis quelques mois un traitement hygiénique qui l'a fait un peu maigrir. Les douleurs dans les genoux sont moins accusées depuis l'été dernier ; son état général s'est notablement amélioré après une cure à Aix-les-Bains. Colchique à l'intérieur, frictions avec différentes pommades médicamenteuses sans résultat. Des applications de pointes de feu n'ont été suivies que d'améliorations passagères. Lorsque je vois ce malade pour la première fois, à la fin de l'automne de 1886, il présente un embonpoint assez marqué. Peut marcher sans canne, mais se fatigue très vite. Il lui semble que plus il a pris d'embonpoint, plus il a de tendance à se fatiguer. Après une marche un peu longue, ses jambes plient sous lui ; sensations pénibles plutôt que douleur véritable à droite. Les grandes articulations du membre inférieur des deux côtés sont tuméfiées, elles renferment du liquide ; tuméfaction au niveau de l'articulation péronéo-tibiale

supérieure, de la patte d'oie, de la région poplitée du côté droit. Fluctuation légère du genou; gonflement œdémateux péri-articulaire très accusé surtout dans la région sous-rotulienne. La capsule articulaire est flasque et les mouvements latéraux de la rotule sont exagérés.

Atrophie des muscles de la cuisse. Ces accidents sont surtout prononcés à droite; c'est de ce côté que le malade a le plus souffert. Douleur à la pression sur le genou; particulièrement au niveau de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Tous les points malades devant être traités en même temps, chaque séance dure plus d'une demi heure. Après un mois de traitement on constate, pour la première fois, une amélioration sensible. Je ne cessai le massage qu'au bout de 2 mois 1/2. A ce moment, il peut faire sans se fatiguer d'assez longues promenades : la jambe a repris sa force; il est enchanté du résultat obtenu; plus de trace des épanchements ; l'atrophie a presque disparu. J'ai reçu ce malade au mois de mai 1889, l'état local était aussi satisfaisant qu'à la fin du traitement, et l'état général était beaucoup meilleur, plus de traces d'obésité : ne se fatigue plus pour faire chaque jour de longues promenades à pied. Est beaucoup moins essoufflé pendant la marche, l'état du cœur est plus satisfaisant. Cure à Gastein. Au mois de décembre de la même année nouvelle menace d'accidents rhumatoïdes ; on a facilement raison de tout par quelques séances de massage (3 semaines). J'ai eu des nouvelles de ce malade au mois d'août 1890. La guérison s'est maintenue et l'état général est resté excellent.

### Obs. XLIII (*Berghman et Helleday*)

*Arthrites rhumatismales chroniques. — Nodosités d'Heberden. — Extension et flexion forcées. — Massage. — Amélioration.*

Le comte N. N., Polonais, âgé de 58 ans, a éprouvé à diverses reprises des manifestations rhumatismales, et, dans ces dernières années, il a eu de l'infiltration au niveau des phalanges avec de la rigidité de tous les doigts à l'exception du pouce et dans les articulations du carpe des deux côtés. Il a employé divers traitements, a pris des bains à Tœplitz, Carlsbad, Aix, le tout sans avantage. Au moment où il se présente à Mezger, les doigts sont raides et immobiles, il ne peut ni s'habiller, ni même fermer une porte. Ce cas présente une grande analogie avec l'arthrite déformante; il y eut une amélioration sensible après des flexions et des extensions forcées des doigts, accompagnées de craquements, la mobilité des phalanges était suffisante pour qu'il pût écrire.

### Obs. XLIV

*Arthrites chroniques goutteuses des deux genoux? — Massage.— Amélioration.*

M. M., 28 ans, se plaint d'une sensation de fatigue habituelle dans la région poplitée ; après une marche un peu longue, cette sensation fait place à une véritable douleur. Ces accidents étaient apparus quelques années auparavant, à la suite d'une attaque de goutte. Chaque matin, les deux genoux sont raides, et, après quelques heures seulement, l'articulation s'assouplit et la marche devient plus facile ; gêne prononcée, surtout pour monter les escaliers. En examinant les jointures on reconnaît une légère dilatation de leur capsule, produite par un épanche-

ment (du côté gauche surtout). Du côté droit, l'épanchement est plus sensible au-dessus de la rotule ; du côté gauche, de chaque côté des ligaments latéraux, on n'a de douleurs qu'à des pressions un peu fortes ; synovite de la gaîne du tendon du biceps fémoral. Sensibilité plus accusée le long de ce tendon. La capsule est un peu flasque ; elle ne présente aucun épaississement appréciable ; les mouvements actifs et passifs sont tout à fait libres. Vers la fin de ceux-ci on éprouve une certaine résistance ; en même temps, un craquement est perçu par le malade.

Amélioration rapide par le massage ; au bout de deux mois, on ne sent plus de fluctuation. La capsule a repris sa consistance normale et l'état du malade est sensiblement amélioré. Part pour la campagne.

### Obs. XLV *(Berghman et Helleday)*
### *Arthrites sèches des deux hanches (Morbus coxæ senilis). — Massage. — Amélioration.*

N., charpentier, 55 ans, vu pour la première fois le 4 août 1874. Il y a six ans, il commença à ressentir sans cause connue des douleurs dans les deux hanches, bien qu'il eût toujours été bien portant jusque-là ; pendant la marche, ces douleurs s'irradiaient jusqu'au voisinage des genoux ; légères douleurs spontanées. Il a employé divers traitements, entre autres les bains et le repos au lit : malgré cela l'état n'a fait qu'empirer, de telle sorte que maintenant il marche difficilement en s'appuyant sur deux bâtons. Infiltration sensible autour de l'articulation coxo-fémorale du côté droit. Tuméfaction au-dessous du muscle tenseur du fascia lata. Pas de fluctuation ; les parties infiltrées sont très douloureuses à la pression. Du côté droit, on trouve une infiltration analogue mais beaucoup moins

prononcée. Les deux jambes sont dans l'abduction et ne peuvent être rapprochées, et il reste entre les deux rotules une distance moindre de 40 cent. ; un peu de rotation en dehors et de flexion au niveau de la hanche ; quand le malade marche, il est courbé en avant. Du côté droit l'extension maximum a 101° ; du côté gauche, elle est de 148°; la flexion du côté droit est de 95°, celle du côté gauche est de 94°. Les mouvements ordinaires sont indolents, mais les mouvements forcés sont douloureux et accompagnés d'une crépitation osseuse énergique. Pression contre l'acetabulum indolente ; rien dans les autres jointures.

Massage. Le 10 novembre le malade, qui est venu irrégulièrement, a pu faire à pied une course de deux milles. Il peut marcher sans bâton et se tient bien. Pas de douleurs ni spontanées, ni à la pression. L'infiltration périarticulaire a disparu. Du côté droit, l'extension va jusqu'à 160° ; du côté gauche à 165° ; la flexion du côté droit va jusqu'à 92°, du côté gauche à 87°. La distance entre les deux rotules n'est plus que de 20 centimètres.

### Obs. XLVI (*Berghman et Helleday*)

*Arthrites déformantes multiples. — Massage. — Amélioration.*

M<sup>me</sup> K., 60 ans, toujours bien portante jusqu'à 56 ans. A ce moment, douleur, tuméfaction et gonflement au niveau de plusieurs jointures ; alternatives d'exacerbation et d'amélioration. Dans ces derniers temps, la marche est devenue difficile, elle ne peut rien saisir avec les mains. On trouve dans les articulations tibio-tarsiennes la forme caractéristique de l'arthrite déformante, bien qu'il n'y ait pas encore de tuméfaction appréciable. Les articulations du carpe, plusieurs articulations des doigts sont tuméfiées, sensibles, limitées dans leurs mou-

vements ; en quelques points, on trouve sous la peau des nodosités très sensibles. Massage.

22 septembre. La tuméfaction et la douleur des jointures ont peu à peu disparu, les mouvements sont plus libres ; la maade peut faire d'assez longues marches à pied et travailler avec ses mains.

12 octobre. Le 23 septembre, la malade a eu une poussée douloureuse dans les jointures intéressées ; de sorte qu'elle a dû garder le lit pendant quelques jours. Le traitement est arrêté après 29 séances.

Sur les 10 observations que nous venons de voir, il faut en laisser trois de côté : une d'arthrite goutteuse, et deux d'arthrites déformantes.

Sur les 7 observations restantes, le rhumatisme fut seulement localisé deux fois.

1° Sur les articulations du pied,

2° Sur celles de la main et du poignet.

Dans ce dernier cas, il existait des synovites tendineuses de la plupart des muscles de l'avant-bras. On peut donc dire d'une façon générale que l'arthrite du rhumatisme chronique, quelle que soit sa forme, n'est presque jamais isolée.

Il est indispensable de tenir compte, lorsqu'on examine une articulation, de l'état de la jointure similaire. Sans ce terme de comparaison, beaucoup de changements de forme seraient imperceptibles ; par ce moyen seulement on peut apprécier avec quelque exactitude les variations de l'épanchement.

Il faut examiner scrupuleusement toute la région, toutes les articulations, toutes les bourses séreuses du voisinage, autrement on serait exposé à découvrir, pendant qu'on fait le massage, des lésions qu'on n'avait pas soupçonnées.

Les arthrites des grosses jointures absorbent trop l'attention. Souvent des articulations moins importantes sont prises, et leurs lésions sont accompagnées de phénomènes qu'on s'explique difficilement. J'ai vu les articulations péronéo-tibiales et acromio-claviculaires intéressées, lorsque rien n'eût pu faire supposer qu'elles l'étaient.

Ces déterminations ne sont pas isolées : il existe souvent en même temps des arthrites accompagnées d'épanchements au genou, à l'épaule, ou même dans les bourses synoviales du voisinage. La même remarque s'applique aux articulations phalangiennes de la main et du pied ; aux articulations des doigts et des orteils avec les métarcapiens et les métatarsiens. On aurait tort de supposer que ce sont là des accidents insignifiants et faciles à guérir ; ils sont souvent au contraire extrêmement tenaces ; le diagnostic est difficile, ces arthrites n'attirent l'attention que quand elles sont assez prononcées ; pour provoquer la douleur, il faut exercer une pression énergique ; j'ai vu des cliniciens les méconnaître. Avant d'attaquer les épanchements on examinera, avec une

grande attention, les muscles voisins et les tendons dont les gaînes passent près des jointures traitées; s'ils sont pris ou en voie d'atrophie on les massera avec énergie et persévérance; autrement tout ce qu'on a pu obtenir du côté de la jointure est insuffisant.

Le massage n'a d'avantage que dans le rhumatisme articulaire présentant une certaine fixité; il est inutile dans les douleurs vagues ou erratiques. Même dans le premier cas, les résultats sont incertains; nous avons vu lorsque le rhumatisme semblait stationnaire, une nouvelle poussée remettre tout en cause. Quand plusieurs jointures sont prises, les séances sont fatigantes pour le praticien; les malades souffrent, se plaignent; on n'obtient rien pendant longtemps. Il est souvent utile de faire deux séances dans la journée. On ne doit jamais oublier que le rhumatisme est une maladie générale et que les effets du massage sont purement locaux; il serait donc à désirer qu'il servît d'adjuvant à une cure thermale énergique comme celle d'Aix-les-Bains, ou d'autres de moindre intensité comme celles de Wilbad, Ischl ou Ragatz.

L'application du massage dans le cours d'une détermination rhumatismale est souvent interrompue par des poussées d'intensité variable. Parfois, les jointures se tuméfient, deviennent un peu sensibles à la pression et tout est fini, il est inutile de suspendre le traitement. Mais si l'on a affaire à

des accidents aigus ou subaigus, il faut s'arrêter. Parfois la crise semble produire une modification favorable dans la manière dont réagissent les jointures : l'amélioration se produit plus vite après qu'avant.

Dans la goutte, je n'emploie le massage que l'attaque finie, s'il reste de l'arthrite chronique avec ou sans épanchement. Aux orteils, j'ai réussi parfois à faire disparaître des tophus, lorsque ceux-ci n'étaient ni durs, ni anciens. Chez certaines personnes, il est difficile de dire si on est en présence du rhumatisme ou de la goutte, tant les manifestations sont ambiguës. Il vaut mieux, dans ce cas, admettre l'hypothèse de lésions goutteuses et agir en conséquence.

J'ai rangé à côté des phlegmasies articulaires qu'on peut rattacher au rhumatisme et à la goutte, les arthrites déformantes. Je ne veux rien préjuger à propos de leur étiologie ; se rattachent-elles aux états indiqués ? On ne peut pas l'affirmer. Leur processus très opiniâtre est essentiellement chronique ; le massage ne peut rien contre lui ; mais il rend quelques services en diminuant l'atrophie musculaire qui accompagne la maladie.

Les manipulations habituellement employées dans les arthrites chroniques sont l'effleurage et les frictions. Le tapotement n'est indiqué que si l'arthrite a un caractère torpide tel qu'il faille provoquer une

réaction et réveiller la vitalité des tissus. M. Kleen conseille de commencer par des frictions énergiques sur la partie de la jointure malade la plus rapprochée du centre : En ce point, la résorption des produits divisés serait plus rapide et plus facile que partout ailleurs ; elle est encore aidée par les mouvements passifs. Pour calmer l'irritation consécutive aux frictions on finit en effleurant. Nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'on procède de la sorte.

b) *Arthrite ou synovite granuleuse hyperplasique.* — Ses rapports étiologiques avec la scrofule. — Tuberculoses articulaires. — Contre-indication absolue du massage.

La scrofule et la tuberculose sont l'origine d'un certain nombre d'arthropaties dont nous pourrions, à la rigueur, nous dispenser de parler, en déclarant que le massage ne peut être qu'inutile ou nuisible ; ce serait supprimer un problème assez difficile. Il existe aujourd'hui, parmi les pathologistes, une tendance manifeste à reléguer la scrofule parmi ces états indéterminés et commodes, auxquels on fait appel lorsqu'on ne réussit pas à expliquer par un autre moyen l'évolution d'une maladie. La plupart des phénomènes qu'on lui rattachait naguère sont dus à des tuberculoses locales ; un grand nombre de lésions torpides et envahissantes sont bacillaires. Je ne crois pas cependant qu'on soit autorisé à regarder

comme tuberculeuses toutes les phlegmasies chroniques proliférantes des jointures.

Il y a quelques années, Hueter, s'efforçant de déterminer mieux qu'elles ne l'étaient les affections décrites depuis par Percival Pott sous le nom générique de tumeurs blanches, distinguait des ostéites périarticulaires destructives, des tuberculoses locales de la séreuse ou de l'os, des synovites granuleuses hyperplasiques.

On aurait tort de rattacher toutes les productions de cet ordre au tubercule. Certains individus présentent une suppuration de longue durée qui n'a rien de spécifique et peut être consécutive à la présence d'un séquestre ou d'un corps étranger dans les tissus. A l'orifice des trajets fistuleux, se trouvent de véritables granulomes développés sous l'influence de l'irritation produite par le pus. Qu'on tarisse la suppuration, et ces produits disparaîtront sans qu'il soit nécessaire de recourir à la cautérisation ou à l'abrasion. Ni les examens microscopiques, ni l'observation clinique ne permettent de dire qu'il y a constamment dans ces conditions des bacilles tuberculeux. Existe-t-il entre les cavités synoviales et le reste de l'économie des différences telles qu'il soit impossible de supposer que le même processus puisse s'y produire? Nous avons vu se développer sous l'influence du traumatisme et d'autres irritations des

phlegmasies plus ou moins aiguës ; l'exsudat, peut être séreux, séro-purulent, séro-fibrineux ; il peut s'organiser, en partie, de manière à produire des adhérences entre les surfaces articulaires, des fausses ankyloses. J'ai souvent rencontré des arthrites chroniques dans lesquelles l'épanchement, manifeste au début, s'était résorbé, sous l'influence du repos, de la dérivation ou de tout autre traitement. La jointure n'avait repris ni son volume, ni ses fonctions ; elle était restée tuméfiée, les ligaments et la capsule étaient indurés et rigides ; la cavité semblait remplie par une masse solide mollasse ; j'ai cru pouvoir rattacher ces cas aux synovites granuleuses hyperplasiques. Ils ne présentent ni les poussées aiguës, ni la tendance destructive des tuberculoses. Il ne se forme presque jamais d'orifices fistuleux, on n'observe pas d'invasion secondaire du testicule, du péritoine ou du poumon. Probablement une grande partie des affections décrites parmi les tumeurs blanches étaient des synovites hyperplasiques. Cette notion nous renseigne imparfaitement sur leur nature ; elle nous indique que le processus ne présente rien de spécifique ; que les fongosités intra-articulaires renferment des éléments plus ou moins avancés en organisation, quelques vaisseaux, mais pas de bacilles ; de l'étiologie, nous ne savons rien. Pourquoi une arthrite chronique probablement simple à l'origine donne-t-elle lieu, chez

certains sujets, à une hyperplasie granuleuse tandis que chez d'autres elle ne produit rien? On est obligé, de tenir compte de l'état général et de faire intervenir la scrofule, mais qu'est-ce que la scrofule? L'aspect particulier du facies, la forme du nez, la tendance aux excoriations, la susceptibilité du système lymphatique dont les ganglions s'enflamment sous l'influence de la plus légère irritation, regardés comme les caractères essentiels de cette maladie il y a quarante ans, n'ont plus la même valeur pour les médecins de notre temps. Un fait est évident : les échanges organiques sont tels chez certains individus que les réactions nécessaires pour guérir ne se font pas ; la phlegmasie devient chronique et hyperplasique.

Je ne vois dans tout cela aucune contre-indication du massage. Avec les frictions et le pétrissage on favorise la désagrégation et la dégénérescence graisseuse des masses granuleuses; la résorption des produits fragmentés est rendue plus facile.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une arthrite chronique, sans suppuration, sans trajets fistuleux, il faut masser, on obtiendra de bons résultats.

Les tuberculoses articulaires constituent le groupe le plus important des anciennes tumeurs blanches ; il est inutile d'en parler. Que les extrémités osseuses ou la synoviale soient envahies, cela n'a pour nous

aucune importance. Des présomptions de tuberculose sont des contre-indications du massage ; on n'obtiendrait aucune amélioration et il n'est jamais bon d'activer la résorption de produit renfermant un élément spécifique qui n'a que trop de tendance à envahir.

Le massage ne peut intervenir que tardivement, lorsque les phénomènes aigus sont arrêtés et que tout permet de croire à la disparition définitive des bacilles, ce n'est plus une arthrite qu'on traite c'est une raideur articulaire.

c) *Arthrite blennorrhagique.* — Cas dans lesquels le massage a donné des résultats favorables.

On s'est peu occupé jusqu'ici du massage dans les arthrites blennorrhagiques ; leur origine, leur caractère souvent aigu, et leur multiplicité laissant peu d'espoir de guérison par ce moyen. Je crois qu'il est bon de l'essayer lorsque la manifestation est bien localisée, Gottlieb a eu un succès, j'en ai eu un également : Voici les observations.

Obs. XLVII (*Gottlieb*).

*Arthrite blennorrhagique du genou. — Massage. — Guérison.*

Un employé de magasin, âgé de 22 ans, consulte M. Gottlieb, le 30 juillet 1874. Blennhorragie. Depuis 4 à 5 jours, il a vu survenir sans causes connues des douleurs et une sensibilité anormale au niveau du genou parfaitement sain jusque-là. Les douleurs ont continué les derniers jours de telle sorte que le malade est obligé de garder le lit. Un peu de fièvre et de

malaise ; légère collection du liquide dans le genou droit. Les autres articulations sont saines. Pas d'écoulement par l'urèthre. Massage, injections uréthrales.

1er août. Le genou paraît complètement normal sans collection, ni infiltration. Les mouvements et la marche sont absolument libres. Pas d'écoulement uréthral. Sort après 11 séances.

### Obs. XLIX

*Arthrite blennorrhagique du genou droit. — Massage. — Amélioration puis état stationnaire. — Interruption du traitement. — Hydrothérapie. — Reprise du traitement au bout de* 6 *semaines. — Guérison.*

M. M., 36 ans, contracte une blennorrhagie au mois d'octobre 1881. Suit pendant quelque temps un traitement approprié. (Balsamiques à l'intérieur, injections détersives et astringentes). Après les accidents aigus, blennhorrée persistante (goutte militaire). 6 semaines plus tard, il fut pris brusquement, pendant un dîner en ville, d'accidents rhumatoïdes aigus : Frissons, sueurs, douleur violente dans le genou droit, fièvre, abattement général. La douleur est si vive qu'on est obligé de le reconduire en voiture. Le lendemain, le genou était tuméfié et si sensible que le moindre mouvement était impossible. Les manipulations nécessaires pour l'examen local lui arrachaient des cris. Salicylate de soude sans résultats. Peu à peu les accidents aigus diminuèrent, mais le genou resta tuméfié et le malade ne pouvait pas marcher sans s'appuyer sur une canne.

Vers le milieu de janvier 1882, cet homme vient me trouver pour que je commence le massage. Le genou était le siège d'un épanchement modéré. La marche est toujours difficile ; le malade est obligé de se servir d'une canne. Presque plus d'écou-

lement uréthral ; cet écoulement augmentait après le moindre écart de régime. Dans le cas contraire, il restait parfois plusieurs jours sans voir une goutte. Massage : un peu douloureux pendant les premiers jours, fut bien supporté au bout de quelque temps. Après trois semaines de traitement, diminution du liquide, la marche est plus facile, ne boîte presque plus. A partir de ce moment l'état parut complétement stationnaire, on continua le traitement sans aucun bénéfice apparent. Sur le conseil de son médecin fait de l'hydrothérapie, sans résultat. A la fin d'avril, le malade me prie de recommencer le massage, déclarant que c'était le seul procédé qui jusque-là lui eût procuré un peu d'amélioration. Je cède à ses instances, sans rien promettre, persuadé que nous aboutirions à un échec. Je fus agréablement surpris de voir que les choses suivirent une marche tout autre que la première fois. La première semaine, je fis 2 séances par jour ; au bout de ce temps, amélioration très visible. Un peu plus tard la guérison fut complète, et le malade put marcher aussi bien qu'avant sa blennhorragie ; il ne restait plus de traces de la tuméfaction du genou. Je réussis par le même procédé à avoir raison d'une atrophie musculaire existante. Au bout d'un an la guérison s'était maintenue ; l'écoulement avait complétement disparu, peu de temps avant la fin du traitement.

Deux ans plus tard j'ai eu de nouveau l'occasion de traiter un arthropatie blennorrhagique du genou. Tant que l'écoulement continua, je n'obtins rien ; j'arrêtai le traitement et j'engageai le malade à revenir un peu plus tard ; cette fois encore, le résultat fut excellent, et, au bout de 7 semaines, la guéri-

son était complète. Ne serait-il pas rationnel de ne commencer à traiter les jointures qu'après la guérison complète des accidents uréthraux ?

## § 5. — MASSAGE DANS LES RAIDEURS ARTICULAIRES (FAUSSES ANKYLOSES).

Employé comme adjuvant de la rectification forcée. — Combinaison des deux procédés. — Exemples de leur application simultanée à différentes articulations.

En 1887, j'ai publié une monographie sur ce sujet. Après avoir montré les différentes manières dont on avait envisagé les ankyloses dans les derniers siècles, comment on avait compris les indications des traitements qui leur étaient applicables, je fis l'historique et la comparaison des méthodes non sanglantes de rectification ; tout cela me servit d'introduction pour décrire celle que j'emploie moi-même ; je ne saurais reproduire ici tout ce que j'ai dit. Les personnes que la question intéresse n'auront qu'à lire le mémoire ; je me bornerai à en extraire ce qui concerne le manuel opératoire applicable aux différentes articulations et un certain nombre de faits.

On peut rattacher les raideurs articulaires à trois causes :

1° Le traumatisme ; 2° le rhumatisme, 3° les phleg-

1. *Traitement des raideurs articulaires au moyen de la rectification forcée et du massage,* Paris, 1887.

masies chroniques greffées souvent sur cet état général auquel on donne le nom de scrofule.

1° Les indications sont faciles à saisir dans les *ankyloses traumatiques ;* la nature de l'accident primitif est connue. Nous pouvons dire dès maintenant que la plupart ne sont pas défavorables, et pourtant, il est difficile de deviner toujours l'étendue des lésions. Dans certains cas une plaie pénétrante articulaire produit une faible réaction ; le malade conserve après sa guérison une raideur facile à vaincre. D'autres fois un traumatisme léger en apparence détermine des troubles fonctionnels persistants. Tel fut le cas chez une malade dont l'observation a été le point de départ d'un travail classique de Langenbeck. « A l'âge de trois ans, écrivait cette personne, j'eus le malheur de tomber d'un banc et de me blesser la jambe gauche. Le genou resta épais, tuméfié, le médecin supposa que c'était une tumeur blanche. Un an plus tard, et sur le conseil de plusieurs autres, on fit des tentatives pour redresser ma jambe qui était fléchie, on les répéta jusqu'à ma douzième année ; il y a cinq ans, les tendons furent coupés deux fois. Pendant quelque temps la jambe fut plus droite. Les douleurs, très violentes auparavant, étaient un peu moindres. Après ma douzième année, quelques tentatives d'extension furent faites pendant trois mois sans résultat. Je fus envoyée pendant deux ans à Tœplitz, les bains ne ser-

virent à rien, la jambe devint encore plus courbée et moins mobile [1]. »

A tout cela il faut ajouter les suites de l'immobilisation. Les expériences de Menzel démontrent que chez des animaux robustes comme le chien, l'immobilité seule suffit pour produire une altération des cartilages, qui aboutirait à une ankylose si on l'abandonnait à elle-même.

M. Reyher, ayant entrepris en 1873 de nouvelles expériences sur ce sujet, a obtenu les mêmes résultats ; mais il les interprète autrement que Menzel. D'après lui, lorsque des articulations qui n'étaient pas primitivement malades s'ankylosent par le fait de l'immobilité, les franges synoviales se trouvant au voisinage du point de contact des cartilages établissent des adhérences entre eux. Elles ne résulteraient pas de l'immobilisation, mais des mouvements qui l'interrompent et déterminent des irritations de la séreuse, ou bien la propagation à celle-ci d'accidents inflammatoires nés dans le voisinage.

L'origine traumatique n'est nullement une contre-indication ; on verra dans nos observations que les résultats du traitement sont excellents. Les plus mauvais cas sont ceux dans lesquels la fausse ankylose

1. *Die gewaltsame Streckung der Kniekontracturen...* Hanover, 1858,

s'est produite à la suite de fractures para-articulaires. Celles de l'olécrâne par exemple présentent une gravité toute particulière.

Lorsque les raideurs du coude tiennent à une infiltration périarticulaire persistante, le massage et les mouvements communiqués ont d'excellents effets. On en verra plus loin un exemple dans lequel il s'agissait, non d'une fracture mais d'une luxation ancienne. En revanche, dans certains cas, peu fréquents il est vrai, la mobilité de l'articulation est détruite par suite de la formation d'un cal exubérant qu'on ne peut espérer rompre ; le même fait peut se produire au genou ; au poignet, il est plus rare.

2° Les *fausses ankyloses d'origine rhumatismale* présentent des variétés nombreuses. Elles sont d'autant plus résistantes que le processus date de plus longtemps ; que les poussées ont été plus nombreuses. Les cas de cette nature ne sont pas défavorables ; les cartilages ne présentent qu'un peu d'hypertrophie sans synéchies, ni productions nouvelles ; tout s'est passé du côté du système fibreux des tendons ou du corps charnu des muscles. Le massage permet d'obtenir ce que l'on ne pourrait avoir avec l'extension ou la flexion forcée seules.

Plusieurs de nos observations sont relatives à des accidents éloignés, consécutifs à des arthrites blen-

norrhagiques ; la même chose est arrivée dans la plupart des observations mentionnées par les auteurs. Contre les arthrites chroniques d'emblée des petites et moyennes jointures on peut hardiment avoir recours aux extensions énergiques ou bien aux flexions suivant le cas ; il est rare qu'on n'aboutisse pas à une guérison radicale. La thèse de M. Lagrange renferme une observation inédite et instructive due à M. Charcot, professeur agrégé au Val-de-Grâce : un homme d'une quarantaine d'années fut évacué dans le service de chirurgie pour une ankylose du genou ; il venait du service de médecine où il avait été soigné pour un rhumatisme articulaire. L'ankylose était presque complète, le membre inférieur fut maintenu dans la rectitude et il ne fut pas possible de faire fléchir le genou. Le malade était d'une extrême maigreur ; le membre inférieur correspondant à l'ankylose et surtout la cuisse avaient subi une telle atrophie que le triceps avait disparu et que l'on ne sentait au-devant du fémur qu'une mince couche de parties molles. On diagnostiqua une ankylose suite d'arthrite rhumatismale mono-articulaire.

On ne fit pas tout d'abord de traitement actif et le malade resta plusieurs mois dans la salle, se levant toute la journée et se promenant dans le jardin ; il marchait avec difficulté, traînait la jambe et fauchait ; mais le membre inférieur était solide, et, s'aidant

d'une canne, il pouvait aller quelque temps. L'état général s'améliorait, mais l'atrophie de la cuisse persistait malgré les frictions, les massages et l'électrisation par les courants intermittents et continus. Le chirurgien pratiqua la rupture forcée de l'ankylose. Quelques semaines après, cet homme avait un genou libre, mais dans un triste état, un véritable genou de polichinelle ; luxation de la jambe en arrière s'accentuant dans tous les efforts de flexion ; mouvements de latéralité très étendus, frottement de surfaces articulaires déjà érodées. Ce genou n'avait plus la moindre solidité et dès que le malade voulait appuyer sur son membre, il se dérobait sous lui ; aussi il ne pouvait plus marcher même avec sa canne et gardait le lit. Ce résultat déplorable tenait à l'altération profonde de l'article, sorte d'arthrite sèche qui ne fit que s'accentuer par la suite et à l'atrophie irrémédiable du triceps que l'électrisation prolongée ne parvint même pas à améliorer. On dut faire construire un appareil prothétique pour rendre au genou la solidité que la rupture de l'ankylose lui avait fait perdre.

Le résultat laissait à désirer. M. Lagrange croit que les insuccès notés dans de pareilles conditions tiennent à ce que les accidents aigus ou subaigus localisés à une jointure, aboutissent souvent aux formes chroniques sans exsudation et spécialement à l'arthrite sèche. « Cela montrerait, d'après lui, le danger

qu'il y a à mobiliser une articulation qui, devenue libre, aura perdu son jeu par l'atrophie, des puissances musculaires qui servent à une partie de ses mouvements. » Danger est une hyperbole ; le résultat ne fut pas merveilleux, mais il n'est pas démontré que le membre dans l'état où il se trouvait après le traitement ne rendît pas plus de service qu'à l'époque de l'ankylose : il n'est pas démontré qu'une amélioration ne se soit pas produite plus tard dans le jeu et la puissance des muscles. S'il fallait s'abstenir toutes les fois que ceux-ci sont touchés, la résignation serait la règle. Les atrophies ne sont point insignifiantes, il faut s'en occuper avant, pendant et après qu'on traite la jointure ; le massage répond aux indications qu'elles fournissent, mais, je ne saurais trop le répéter, elles sont une conséquence et non une cause. La position vicieuse ne résulte point d'un raccourcissement musculaire ; ici la doctrine de Hueter me paraît vraie : c'est la nutrition qui souffre parce que les points d'insertion extrêmes des muscles sont rapprochés.

3° Nous arrivons à une série d'*arthrites à fond diathésique*, *à marche chronique*, interrompue par des épisodes qui remettent tout en cause.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ce que nous avons dit sur les synovites granuleuses et les tumeurs blanches. Les renseignements fournis par l'anatomie

pathologique sont peu rassurants; ils montrent qu'une articulation intéressée par elles est menacée d'ankylose complète ; ils justifient amplement la défiance et les réserves. Tout abandonner plutôt que de s'exposer à alimenter le processus morbide, telle doit être la règle fondamentale.

Mais la tumeur blanche est guérie, les trajets fistuleux sont fermés, les fongosités sont organisées, les os ont pris leur consistance définitive. Nous avons affaire à un infirme dont la jambe atrophiée est fléchie sur la cuisse, atrophiée elle-même ; dont le bras ne fonctionne plus, dont l'articulation coxo-fémorale ou scapulo-humérale ont perdu une partie de leurs mouvements. Que devons-nous faire? une amputation ou une résection? Quelquefois, mais pas toujours; si l'ankylose est complète, tout est inutile, si elle ne l'est pas, essayons quelque chose. Ni l'état actuel, ni les conditions anatomiques, ni l'étiologie ne fournissent de contre-indications. Nous verrons plus loin que, dans des ankyloses incomplètes, même serrées, l'énergie et la persévérance conduisent à des résultats inattendus. L'étiologie donne à penser; une tumeur blanche ne se développe pas au hasard chez tous les individus ; nous avons vu un traumatisme léger provoquer chez les rhumatisants des arthrites à tendance formative. Chez d'autres, une cause aussi insignifiante aboutit au processus dont nous venons d'essayer

de donner une idée. Ceux-là sont des gens à tare organique dont les tissus présentent peu de vitalité et peu de réaction ; jeunes, ils ont des affections ganglionnaires ; adultes, des suppurations intarissables et souvent des affections viscérales à marche insidieuse. Aujourd'hui, on est disposé à admettre que ces manifestations irrégulières et cachectiques sont autant de tuberculoses locales ; c'est aller trop loin.

Il y a des arthrites fongueuses non spécifiques, et des arthrites fongueuses bacillaires. L'intervention mécanique est toujours légitime dans les premières ; elle l'est dans les secondes, lorsque les accidents du début sont passés et qu'on a le droit de penser à une disparition radicale des bacilles. Ce serait raisonner faux que de se dire en présence d'une fausse ankylose du genou ou du coude : « Respectons-la ; elle a peut-être été bacillaire. » Si elle ne l'est plus on n'a aucune chance de provoquer une recrudescence d'accidents locaux et de disséminer de dangereux micro-organismes.

Les raideurs de l'épaule ne réclament pas les mêmes manœuvres que celles du coude ou des doigts ; ce qui reste constant c'est le principe.

Notre méthode est simple ; ses procédés ont été appliqués isolément, rarement ensemble ; elle en comprend deux : le massage et la rectification manuelle des déviations, par conséquent la rupture des

adhérences. Le massage est utilisé de bien des manières avant et après la rectification ; il rend de véritables services dans les atrophies secondaires ; aucun procédé ne vaut mieux pour activer ou régulariser leur nutrition ; il sert à prévenir les réactions provoquées par des manœuvres énergiques. Son action physiologique même l'explique.

Dans la flexion, l'extension ou l'abduction forcées, on a déchiré des brides fibreuses ; les craquements l'ont indiqué : il s'est formé parfois dans l'articulation, souvent autour d'elle, des hémorragies, des infiltrations sanguines. En lui-même cet accident n'a pas d'importance ; il en prend par ses conséquences. L'action irritante de ces extravasats donne à certaines entorses une gravité particulière ; on peut assimiler les désordres produits dans les rectifications forcées à ceux de l'entorse. Tout le monde redoute avec raison les accidents inflammatoires ; la manœuvre active finie, c'est à eux que l'on songe. L'immobilisation absolue paraît indiquée ; n'est-ce pas la mesure antiphlogistique par excellence? Elle n'entrave pas la résorption du sang, mais elle favorise la reproduction des brides rompues. Il vaut mieux recourir à un procédé qui a fait ses preuves, et n'expose pas à la reproduction des adhérences. On doit se contenter de l'effleurage. Tant superficiel et tant doux soit-il, il produira presque toujours une douleur d'autant plus vive

que la tension est plus prononcée dans les parties enflammées ; cette douleur disparaît en quelques minutes, aussitôt que la sérosité a été refoulée dans les voies lymphatiques et l'énergie de la pression peut être légèrement augmentée. Les séances dureront au moins un quart d'heure ; on les répétera plusieurs fois par jour pour ne pas donner à l'œdème le temps de se reproduire comme dans les arthrites traumatiques accidentelles.

J'arrive au redressement. D'un côté sont les audacieux qui veulent atteindre le but en une fois, sauf à le dépasser ; de l'autre les timides, qui redoutent le plus léger craquement et espèrent amener, on ne sait comment, la disparition des adhérences pathologiques sans rien rompre. En 1862, Nüssbaum donnait une bonne description du brisement forcé ; je ne crois pas que ce chirurgien en soit l'inventeur ; il ne me plaît guère. Son énergie est peu faite pour rallier les hésitants. Le procédé est d'ailleurs mal nommé ; pourquoi combiner deux expressions effrayantes ? Existe-t-il des brisements qu'on puisse exécuter sans violence ?

« Le brisement forcé, dit Nüssbaum, est certainement le meilleur moyen de traitement des fausses ankyloses. Depuis sa découverte, l'amputation auparavant indiquée n'est plus même mentionnée.

« Étant données la forme et les fonctions du membre, il faut le fléchir de force lorsqu'il est ankylosé dans

la rectitude ; ou ce qui est plus fréquent l'étendre lorsqu'il est fléchi. D'ailleurs, nous l'avons dit, certains membres sont plus utiles dans l'extension, d'autres dans la flexion.

« Dans cette opération, on ne se sert d'aucun appareil mais on fait faire, comme le veulent Dieffenbach et Langenbeck, la traction et la pression par les mains de son assistant, de telle sorte que le patient n'a devant les yeux aucune de ces effroyables machines qu'on a décrites .»

La rectification brusque est parfois meilleure que la rectification graduelle, parfois plus mauvaise. Peu de personnes ont fait une application suivie du massage. Appliqué à l'avance dans le but de faciliter une intervention, il doit être énergique, les frictions et le pétrissage sont indiqués ; ils donnent une certaine souplesse aux tissus, améliorent la nutrition locale ; l'étendue des mouvements augmente. Après l'extension ou la flexion, le massage devient résolutif, antiphlogistique, anesthésique ; il consiste en effleurages qu'on poursuivra pendant une dizaine de minutes.

On n'a pas à tenir uniquement compte des renseignements que fournissent l'étude des commémoratifs et de l'état local ; nous avons souvent affaire à des enfants, qui n'écoutent guère les plus beaux raisonnements. Ils souffrent peu quand on les laisse en re-

pos et les mouvements sont douloureux ; ils tiennent à ne pas souffrir. Les parents ne sont pas des auxiliaires bien utiles ; ils ont entendu dire que la méthode a donné de bons résultats chez une personne de leur connaissance et ils veulent bien l'essayer car elle ne réclame ni bistouri, ni machines ; peu acceptent la chloroformisation. Préjugés, sans doute, mais quel praticien peut mépriser les préjugés ?

Il faut régler la chronologie du massage et de la rectification, savoir ce que l'on peut attendre de l'un et de l'autre.

Avons-nous affaire à des immobilisations dans une situation vicieuse, à des déformations consécutives ? faisons pendant quelque temps un massage préliminaire ; le procédé est peu douloureux, l'amélioration est sensible ; la tâche est simplifiée et nous serons dans de meilleures conditions lorsque nous voudrons pratiquer l'extension ou la flexion forcées. Si ce sont les contractures qui dominent, les circonstances sont moins favorables, il faut commencer de bonne heure les rectifications. Il n'est pas nécessaire d'attendre la fin des accidents inflammatoires ; dans certaines arthropaties, cette temporisation reculerait le début du traitement et lui enlèverait une partie de ses chances de succès ;

Demandons-nous d'abord ce qui produit les déformations, les rétractions, les anomalies de direction et de fonction du membre.

Elles peuvent tenir : 1° à l'articulation ou à son voisinage, 2° aux muscles. Nous avons vu les lésions articulaires, des épaississements et des rétractions de la capsule, des formations de faux ligaments, des synovites tendineuses avec adhérences des tendons à leurs gaînes ; des myosites avec diminution de la capacité d'extension des muscles. On peut savoir en quel point les lésions sont le plus prononcées, il suffit de tenir compte du siége précis de la douleur et de la tuméfaction.

Après les tentatives de rectification, l'application du procédé est souvent suivie de phénomènes réactionnels : si l'opérateur n'est pas fixé sur leur origine et leur importance ; s'il n'a pas soin de prévenir le patient ou ceux qui s'intéressent à lui, il ne fera qu'augmenter les défiances et rendre son rôle plus difficile. Le massage des articulations est suivi d'une amélioration progressive ; le malade prend très vite courage. Au contraire, après le redressement forcé la jointure est plus douloureuse qu'avant. Il est de première importance de bien renseigner le malade sur ces particularités avant de commencer.

La douleur est passagère ; elle cesse presque lorsque la manœuvre est finie ; on a facilement raison de celle qui persiste par le massage. Le craquement effraie tout le monde à tort ; il indique qu'on a rompu des adhérences, que des portions de tissu rétracté

ont cédé, c'est ce que l'on veut. Les sugillations sanguines, la tuméfaction n'ont pas plus d'importance; elles ne persistent guère quand le massage est fait à propos. Au membre inférieur, par exemple, il arrive parfois, lorsqu'il existe des contractures du demi-membraneux, du demi-tendineux et du biceps, qu'on observe une tuméfaction de la partie inférieure de la cuisse au début, plus tard le même phénomène se produira à la partie supérieure.

Avant de terminer ces considérations générales, revenons sur un point qu'ont touché sans insister Langenbeck et Nüssbaum. Lorsqu'on veut faire la flexion ou l'extension forcée, il faut tenir compte de l'énergie des résistances et de l'état du système osseux. Si l'on a affaire à des sujets chez lesquels il est mal developpé, on fera bien attention de ne pas faire porter la force sur des leviers trop longs, pour ne pas s'exposer à des fractures. Si le membre est en flexion, par suite de la tendance que présente surtout cette anomalie à se reproduire, on ne risque pas dans la rectification artificielle, de dépasser le degré qu'on veut atteindre; on recommandera en outre au malade de faire lui-même, aussitôt qu'il le pourra, des mouvements actifs.

Pour les ankyloses incomplètes, les contre-indications sont peu nombreuses; je ne connais que la sénilité, l'affaiblissement et une impressionnabilité nerveuse extrême. Dans ces derniers cas la temporisa-

tion est de rigueur ; inutile d'entreprendre un traitement qu'on serait forcé d'interrompre. Que les malades patientent, suivent une médication appropriée, arrivent à des conditions générales satisfaisantes et il sera toujours temps de commencer.

Les fausses ankyloses de l'épaule sont relativement rares. Ritscher a fait observer au commencement de sa thèse sur ce sujet (1870), qu'on ne parle presque jamais de résection à propos de l'épaule parce que la mobilité du bras est rarement diminuée au point de constituer une gêne sérieuse.

« Il est à noter que, quand la maladie dure depuis longtemps, on peut faire, avec l'extrémité ankylosée, tous les mouvements sauf celui d'élévation. »

Tous les chirurgiens ne considèrent pas l'ankylose de l'épaule comme insignifiante. Roser insiste particulièrement sur une cause capable de la produire : le port du bras en écharpe pendant longtemps. « Il n'est pas rare, dit-il, de rencontrer des gens, surtout d'un âge avancé, chez lesquels l'épaule s'ankylose par cette raison. Ces gens-là vont d'un chirurgien à l'autre, persuadés qu'ils ont une fracture ou une luxation ancienne. Un jour un malade vint me voir dans ces conditions et je m'étais vainement fatigué pour découvrir la cause de l'immobilisation, lorsque mon confrère, le docteur Osterlen, qui se trouvait chez moi, attira mon attention sur une ancienne frac-

ture du radius et me fit remarquer que c'était probablement là l'origine de tout [1]. »

Une intervention active est presque toujours nécessaire. Bonnet faisait déjà remarquer qu'on doit agir ici comme pour toutes les articulations, c'est-à-dire par des mouvements doux et gradués ou par la rupture violente des adhérences.

Voici comment je procède : Le malade est placé dans un fauteuil dont le dossier ne dépasse pas son épaule. Je le fais asseoir près du bord latéral, de telle sorte que le jeu de son bras, au moment d'exécuter les mouvements forcés, soit tout à fait libre. Si nous avons affaire à l'épaule gauche, nous la saisissons et nous le fixons par une pression énergique [2]; en même temps, avec l'autre main, nous empoignons le bras au-dessus du coude. L'abduction est faite ensuite dans le sens de la plus grande résistance, c'est-à-dire presque toujours de bas en haut et d'avant en arrière. J'ajoute, lorsque la résistance est un peu moindre, des mouvements de circumduction (moulinet) dont j'augmente peu à peu l'amplitude.

1. Handb. d. anat. Chirurgie, 5e édition, 1868, p. 683.

2. Cette précaution est indispensable, car, par suite de la mobilité, l'omoplate suit tous les mouvements du bras ; c'est même une des raisons pour lesquelles cette ankylose est facilement tolérée jusqu'à un certain point par les malades. Sans fixation préalable, il serait impossible de faire une rectification convenable, de déchirer les adhérences ou de vaincre les contractures musculaires et capsulaires.

On ne doit pas abandonner le bras aussitôt après la séance, il faut le tenir une minute ou deux dans l'abduction.

Si la résistance est considérable ou si l'on veut très vite atteindre son but, l'abduction forcée sur l'épaule est préférable ; ce procédé permet d'agir avec plus de vigueur. Le patient est assis sur une chaise assez élevée ; le médecin convenablement baissé est incliné devant lui du côté intéressé; le coude du malade est appuyé solidement sur son épaule. L'opérateur croise ensuite ses deux mains sur l'épaule malade de manière à fixer l'omoplate, puis, en se relevant, il soulève le bras du patient de bas en haut. Ce procédé, plus énergique que le précédent, est aussi plus douloureux. Quand les mouvements sont devenus satisfaisants, on peut en revenir au premier.

Dans la dernière période du traitement, le malade devra faire lui-même des mouvements actifs : ceux de moulinet avec ou sans haltères me paraissent les plus simples et les meilleurs. On a dit qu'ils pouvaient provoquer des poussées inflammatoires, je n'en ai jamais vu.

Obs. L

*Raideur de l'articulation de l'épaule gauche consécutive à une arthrite chronique subaiguë. — Perte de presque tous les mouvements du bras. — Massage. — Extension et flexion forcées. Guérison.*

Mme A., 44 ans. — A depuis plusieurs années des douleurs

dans l'articulation scapulo-humérale gauche ; peu à peu les mouvements du bras gauche sont devenus moins étendus que ceux du droit. Au mois de mars dernier, au moment d'un faux pas dans un escalier, elle fit un mouvement brusque de ce bras pour éviter la chute et ressentit une violente douleur dans l'épaule. Sangsues, cataplasmes, *loco dolenti*. Repos au lit. Au bout de quinze jours, la douleur a disparu et elle peut se lever, mais elle est toujours incapable de se servir de son bras.

Je vois pour la première fois cette malade à Ragatz, au mois de juillet 1886. L'épaule paraît très amaigrie ; sensibilité à la pression sur l'articulation. Pendant la nuit, des douleurs spontanées l'obligent de temps en temps à se lever et à se promener dans la pièce ; douleurs accompagnées d'engourdissement du bras et de la main : « Il lui semble, dit-elle, qu'elle porte un gant. » Ne peut écarter assez le bras du tronc pour qu'on puisse introduire dans l'aisselle le poing fermé. Elle porte difficilement le bras à la bouche et en arrière jusqu'au grand trochanter ; il est si faible que la malade ne peut soutenir pendant quelques minutes un chandelier très léger. Cet affaiblissement est d'autant plus pénible pour elle qu'elle est gauchère ; elle peut coudre difficilement et pendant peu de temps.

Épanchement de sérosité dans l'articulation. Massage seul. Je réussis, par ce procédé, à faire disparaître en grande partie l'épanchement et la sensibilité à la pression. Au bout de dix jours, l'extension forcée devient possible. Dès la troisième séance la résistance est plus facile à vaincre, on entend pendant l'extension forcée un craquement assez fort. La malade pousse un cri et accuse une vive douleur. Le lendemain, extension plus facile ; le surlendemain, il y a des sugillations nombreuses sur le bras et particulièrement vers les parties déclives, au

coude ; en même temps l'articulation devient rapidement le siège d'un nouvel épanchement et elle est très sensible. Massage méthodique. Au bout de huit jours, les accidents aigus ont disparu [1].

Les mouvements du bras ont gagné en facilité et en étendue. Chaque séance je commence par le massage du deltoïde et de l'articulation. Au bout d'un mois, la douleur à la pression a presque cessé ; le traitement est devenu supportable, la malade se sert un peu mieux de son bras ; il m'a fallu six semaines pour obtenir un résultat satisfaisant. Au moment où je quittai Ragatz, dans les derniers jours de septembre, les mouvements n'étaient pas encore complètement revenus. La malade ayant fait le voyage de Paris pour que je pusse compléter le traitement, je le continuai jusqu'au 20 octobre. A ce moment les mouvements du bras sont à peu près aussi libres à gauche qu'à droite, l'atrophie du deltoïde a disparu. Je l'engage à faire pendant quelque temps une gymnastique méthodique ; elle m'a écrit depuis que la guérison est absolument complète.

### Obs. LI

*Raideur de l'articulation de l'épaule consécutive à une arthrite chronique. — Rectification forcée. — Massage. — Amélioration.*

Mme C..., 42 ans, de Lyon, ressentit il y a dix ans, à la suite d'une saison aux bains de mer de violentes douleurs dans la région de l'épaule droite : elles cessèrent d'elles-mêmes au bout de quelques semaines. Les années suivantes le même

1. Les épanchements articulaires aigus d'origine traumatique se résorbent ordinairement après trois ou quatre jours de massage méthodique.

accident reparut sans cause appréciable pendant l'hiver. Aux premiers beaux jours, les douleurs cessaient et l'épaule restait indemne pendant la plus grande partie de l'année. L'application de la main sur la région affectée la soulageait. Il y a quatre ans, cure thermale et massage à Aix-les-Bains ; ce procédé, appliqué par une personne plus énergique que soigneuse, n'aboutit à aucun résultat, la malade fut même obligée d'interrompre très vite le traitement; peu à peu, elle éprouve une gêne prononcée dans les mouvements du bras avec une douleur persistante, mais pas trop vive. Électricité (faradisation). La douleur disparut presque et la malade put se servir assez bien de son bras pour pouvoir faire son ménage sans difficulté. Jusqu'en novembre 1883, le résultat se maintint; la malade se croyait même définitivement guérie. A ce moment, elle fait un assez long voyage en chemin de fer par un temps humide dans une position peu favorable. Nouvelle arthrite de l'épaule.

Une douleur violente s'étendait de la nuque à l'épaule. Douleur au toucher dans toute la région axillaire. Le moindre mouvement du bras suffisait pour lui arracher des cris. Salicylate de soude à haute dose. Au bout de quatre à cinq jours, les accidents aigus disparaissent et la malade se trouve aussi bien qu'auparavant. Malheureusement les mouvements du bras étaient notablement plus difficiles et moins étendus ; de temps en temps, elle éprouvait des douleurs de l'épaule s'irradiant sur les deux côtés dans l'avant-bras, dans les mains et même les doigts ; vers la fin de la journée, elle éprouvait une grande fatigue dans le bras ; il lui devint impossible de soulever les objets un peu lourds et même la raideur de l'épaule s'accentuant, elle cessa de faire son ménage et de s'habiller seule ; elle a de nouveau recours à l'électricité, mais cette fois sans aucun bénéfice.

Je vois pour la première fois cette personne au mois de mars 1885.

A ce moment, l'épaule droite semble un peu plus volumineuse que la gauche. Le bras est ordinairement pendant le long du tronc, l'avant-bras est dans la demi-flexion. Rien d'anormal du côté du deltoïde ou des muscles limitant le creux axillaire ; en exerçant avec le pouce une pression énergique au côté interne de l'extrémité du deltoïde, on sent une douleur peu vive dans l'articulation ; on n'en provoque pas en poussant le bras contre la cavité glénoïde. En immobilisant l'omoplate, on ne peut écarter le bras de plus de 65° de la cage thoracique. Quand on ne soutient pas l'omoplate, on arrive à le soulever jusqu'à l'horizontale, mais la malade le maintient difficilement et très peu de temps dans cette situation. Il est plus facile de porter le bras en avant ; celui-ci ne peut toutefois dépasser la ligne médiane; en arrière il arrive à peine jusqu'au grand trochanter ; ne peut élever la main jusqu'à l'oreille. Les mouvements passifs sont un peu plus étendus dans ce cas que dans les précédents. Massage de la jointure et des muscles périarticulaires ; la douleur à la pression précédemment indiquée disparaît. Extension forcée.

Douleur dans toute la région articulaire surtout en haut et dans les muscles circonscrivant le creux de l'aisselle.

Pendant les premières séances, craquements, douleurs vives s'irradiant dans le bras et l'avant-bras. Au bout de cinq semaines on n'en constate plus. A ce moment, la raideur articulaire est insignifiante. Quant on immobilise l'omoplate, elle peut élever seule son bras jusqu'à l'horizontale et le maintenir assez longtemps dans cette position sans se fatiguer ; peut porter sans difficulté la main à la nuque ; mais non pas jusqu'à l'épaule de l'autre côté.

## Obs. LII

*Raideur de l'articulation de l'épaule consécutive à une arthrite chronique rhumatismale. — Perte d'une partie des mouvements du bras. — Mouvements communiqués. — Massage. — Guérison.*

Mme D..., 42 ans. Il y a cinq ans cette personne, essayant d'éviter une chute dans un escalier fit un mouvement exagéré d'extension et de rotation en arrière du bras. Aussitôt elle ressent une violente douleur dans la région de l'épaule qui ne tarde pas à se tuméfier; tout disparaît après l'application de compresses froides, mais, au bout de quelques jours, la douleur reparut plus vive qu'au début. Il lui devint difficile de se servir de son bras ; à chaque mouvement elle éprouvait dans l'épaule une sensation pénible s'irradiant surtout le côté interne du bras. Il lui semblait, disait-elle, qu'un nerf se déplaçait. En persistant à vouloir s'en servir elle éprouvait une fatigue insurmontable ; certains mouvements devinrent impossibles ; elle ne pouvait porter la main en arrière, ni s'habiller, ni se déshabiller seule sans d'extrêmes difficultés ; ne pouvait pas se peigner. Cette malade, qui est rhumatisante, avait des poussées subaiguës du côté de l'épaule interessée ; à chaque changement de temps, celle-ci devenait douloureuse, surtout la nuit ; il était extrêmement difficile à Mme D. de trouver une position dans laquelle l'état du bras fût tolérable.

Trois ans après l'accident initial, je constate une légère atrophie des muscles de l'épaule qui en a déterminé l'aplatissement. Ne peut élever son bras à plus de 60° sans déplacer l'omoplate ; j'immobilise l'épaule et j'essaye de pousser plus loin l'élévation ; à ce moment on entend un craquement très

net. Massage de l'articulation. Abduction et rotation forcées. Ces mouvements sont si douloureux que la malade redoute « qu'on lui casse le bras ». Après trois semaines de traitement les séances sont mieux supportées, les mouvements de l'articulation sont plus libres. Le traitement est continué pendant deux mois et demi. A ce moment, quand on immobilise l'omoplate, tous les mouvements du bras sont faciles et ont leur amplitude normale.

## Obs. LIII

*Raideur de l'articulation de l'épaule consécutive à une arthrite chronique. — Impossibilité absolue de se servir du bras. — Massage. — Guérison.*

Mme C..., 36 ans. A travaillé longtemps dans une cave froide et humide pour mettre du vin en bouteilles. Il y a huit ans, a commencé d'éprouver de vives douleurs dans l'articulation scapulo-humérale du côté droit, puis dans la nuque. Au début cette douleur était si vive qu'il lui était impossible de rester couchée quelques minutes sur le côté droit. Pas de tuméfaction. Pendant l'été de l'année 1882, fait une cure aux bains de Royat. Ces douleurs de continues qu'elles étaient, devinrent intermittentes. Elles ne revenaient que si le temps était pour changer, surtout à l'approche de la neige. Elle s'aperçut bientôt qu'il lui était presque impossible de se servir de son bras ; elle le levait ou le portait très difficilement en arrière. Est depuis deux ans au moins incapable de se peigner, il lui est même presque impossible de s'habiller et de se déshabiller seule. Elle peut tout au au plus coudre, tricoter, mais pas plus d'une demi-heure ; quand elle continue de travailler en dépit de la fatigue, elle est obligée de s'arrêter parce qu'elle éprouve de

violents tremblements dans tout le membre ; se sert cependant assez de son bras, lorsqu'il n'a pas été fatigué par un travail antérieur pour manger seule. L'épaule est aplatie et sensiblement diminuée de volume. En exerçant une pression sur la jointure, on provoque une douleur profonde et qui semble intra-articulaire, douleur du reste très supportable. Tous les mouvements sauf, l'abduction du bras, sont limités et douloureux. Quand on immobilise l'omoplate, la malade peut élever son bras jusqu'à ce qu'il forme un angle de 70° avec l'axe du corps, pas davantage ; encore ne peut-elle le maintenir élevé que fort peu de temps ; la rotation en dedans est difficile. De plus la malade ne peut porter en avant le bras étendu au delà de l'épine iliaque antéro-supérieure ; en arrière au delà du grand trochanter.

Extension forcée avec élévation du bras en haut, l'application du procédé est très douloureuse et s'accompagne de craquements. Dans les séances ultérieures, je fais l'extension sur l'épaule[1] de manière à rendre aux mouvements perdus leur amplitude normale. Au bout de cinq semaines de traitement, la malade trouve qu'elle peut soulever le bras plus aisément ; les mouvements sont plus libres en tous sens ; elle peut porter la main à la nuque, ce qui jusque-là lui avait été impossible. Au bout de trois mois, lorsqu'on immobilise l'omoplate, l'élévation jusqu'à l'horizontale est possible ; elle peut même garder pendant quelque temps le bras dans cette position ; mettre et ôter ses effets ; les travaux légers ne la fatiguent plus, peut commencer des exercices un peu plus pénibles. L'épaule a repris ses contours, la rotation du bras est presque normale ;

1. C'est sur les instances de la malade que j'entrepris ce traitement ; elle est très courageuse et désirait être libérée le plus vite possible.

les mouvements du bras en arrière et en avant ont une amplitude suffisante.

Pour le coude, je saisis solidement l'extrémité inférieure du bras avec la main gauche et l'avant-bras un peu au-dessus du poignet, puis je lui imprime des mouvements graduels de manière à ce qu'on puisse peu à peu porter l'extension à un degré plus élevé que le maximum précédent. Il est bon, après chaque séance, de ne pas abandonner immédiatement le membre, mais de le maintenir étendu pendant deux minutes ou plus longtemps si le malade le supporte. Lorsque la douleur est trop vive, on a recours comme d'habitude au massage ; il faut un effleurage énergique.

On peut encore procéder de la manière suivante : Le malade agenouillé place son bras dans toute sa longueur sur une banquette rembourrée, ou, à défaut de cet appareil, sur une table ordinaire : il se trouve à côté du médecin qui est debout ; on pourra également dans certains cas le faire placer sur un fauteuil approprié ou une chaise longue de telle sorte que le bras, depuis le moignon de l'épaule jusqu'au coude repose sur un plan rigide ; les manœuvres consistent à augmenter graduellement en déployant plus ou moins d'énergie, l'angle que l'avant-bras fait avec le bras : pour cela les mouvements alternatifs de flexion et d'extension sont indispensables, le malade fera lui-

même après la séance tous ceux qu'il pourra : inutile d'ajouter que comme, pour l'épaule, un massage soigneux est nécessaire.

Si on avait affaire à la variété la plus rare, l'ankylose dans l'extension on procéderait de la même manière, seulement les mouvements, comme bien on pense, devraient être imprimés en sens inverse ; au besoin on fera en même temps que la flexion la pronation et la supination. Comme nous l'avons dit, la participation intelligente et continue du malade à la cure est nécessaire ; il faudra qu'il fasse avec persévérance tous les mouvements, même les mouvements un peu douloureux dont il sera capable. Je conseille, lorsqu'il s'agit d'une ankylose dans la flexion, des exercices gymnastiques, entre autres la suspension par le bras lorsqu'elle est possible ; pour cela, on fait monter un appareil très simple, consistant en une corde attachée à un anneau ou à un crochet fixé à une certaine hauteur.

L'ankylose dans la supination ou la pronation est rarement isolée. Il faudrait pour avoir affaire à la première que les mouvements d'extension et de flexion pussent s'exécuter avec leur régularité normale, tandis que la pronation serait impossible. Il est rare qu'on ait une intégrité absolue des deux mouvements de rotation si les autres sont sérieusement entravés. Supposons que nous voulions remédier à l'immobili-

sation du coude gauche en supination, nous le saisissons avec la main gauche, de manière à bien le fixer ; en même temps nous prenons l'avant-bras un peu au-dessus du poignet, notre pouce tourné du côté de la face palmaire et nous communiquons à l'avant-bras plusieurs mouvements forcés de pronation ; si l'ankylose s'est faite en pronation, les mains seront placées en sens inverse.

### Obs. LIV

*Raideur de l'articulation du coude consécutive à une luxation. — Immobilisation de l'avant-bras dans la flexion à angle droit. — Extension et flexion forcées. — Massage. — Amélioration notable.*

Mme E..., 26 ans. A la fin du mois de mai 1884, luxation du coude droit dans une chute. Par suite de la tuméfaction locale, on attend dix-huit jours avant de faire la réduction en se bornant à appliquer des cataplasmes. Après la réduction on immobilise l'avant-bras dans la flexion (il forme un angle droit avec le coude). Lorsque trois semaines plus tard on enlève l'appareil, on trouve que la luxation existe toujours; elle s'est reproduite ou n'a pas été réduite; on la réduit de nouveau et on immobilise pour la seconde fois l'avant-bras dans la même position. La malade garda son bandage pendant vingt jours, et alla faire ensuite une saison à Töplitz. Le résultat fut à peu près insignifiant, et les mouvements de l'articulation du coude étaient toujours extrêmement limités. Après avoir exercé son bras à l'aide de différents appareils, elle obtint un peu d'amélioration

après cinq mois. L'avant-bras est toujours à peu près fixe dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination. Rotation peu étendue ; dans les mouvements actifs et passifs du coude, on ne peut produire un déplacement de plus de 15°, soit en avant, soit en arrière. Biceps atrophié, tuméfaction de toute la région ; pas de fluctuation. Écrit difficilement et est obligée de se reposer de temps en temps. Pour manger se sert exclusivement de la main gauche. Extension forcée, puis flexion. L'application du procédé est douloureuse. La réaction, très faible, fut combattue par des frictions légères. Au bout de trois semaines, la flexion est un peu plus facile, mais on a peu gagné du côté de l'extension. L'obstacle paraît siéger près du condyle interne, l'extension forcée provoque une violente douleur à cet endroit. A la fin du traitement, l'extension peut être portée jusqu'à 140° : peut porter la main à sa bouche : la rotation du bras est plus étendue et plus facile. Massage de l'articulation, disparition de l'œdème. Massage du biceps qui a repris son volume normal.

### Obs. LV

*Raideur du coude droit consécutive à un rhumatisme subaigu. — Hydartrose. — Extension de l'avan-tbras très limitée. — Rectification forcée. — Massage. — Guérison.*

Pendant mon séjour à Ragatz, en 1885, je fus appelé vers le milieu de juillet, près d'une paysanne du canton des Grisons, âgée de 38 ans. Cette personne avait éprouvé depuis plusieurs années des douleurs vagues du côté des articulations et des muscles. Il y a deux ans, après qu'elle eut lavé son linge par un temps froid et humide, le coude droit devint rouge, chaud

et douloureux. Ces accidents se passèrent sans médication, mais ils reparurent au bout de cinq à six semaines. Depuis lors, plusieurs poussées analogues se sont faites du côté de la même jointure, mais elles ont disparu en partie par l'usage des bains chauds. Depuis huit mois, ces accidents sont devenus plus rares et plus faibles. Dans leur intervalle elle éprouve au même niveau des douleurs vagues, peu aiguës, plus prononcées à l'approche des changements de temps et vers le soir. Depuis un an, elle a cessé de pouvoir sérieusement travailler aux champs ; elle s'occupe uniquement à coudre, à tricoter. Au bout d'une heure, elle éprouve une telle fatigue qu'elle est obligée de s'arrêter et de prendre du repos. Peu à peu l'étendue d'extension de l'avant-bras a diminué. Aujourd'hui l'angle maximum qu'il puisse faire avec le bras est de 105° ; on peut en déployant une certaine force augmenter l'extension ; la flexion est normale.

A l'examen du coude, on constate que toute la région est le siège d'une tuméfaction mal limitée ; plus prononcée sur le côté interne de l'olécrâne ; on dirait que la synoviale articulaire distendue fait saillie à ce niveau. Ce diverticule présente à l'extérieur le volume d'un œuf de pigeon ; il est manifestement en communication avec la cavité articulaire, on constate, malgré l'épaisseur de la paroi, une fluctuation marquée à ce niveau. Sensibilité seulement aux pressions fortes ; les condyles de l'humérus paraissent augmentés de volume. Le bras n'est pas sensiblement amaigri.

Extension forcée très douloureuse surtout en avant. Craquements perceptibles. Frictions légères ; réaction peu marquée ; sugillations en avant et en dedans du coude.

Après quelques séances, ces phénomènes deviennent de moins en moins marqués, il n'y a plus d'ecchymoses ; mas-

sage énergique sur le diverticule de la synoviale. Vers la fin du traitement, elle avait à peu près disparu; on ne sent plus aujourd'hui qu'un léger épaississement à ce niveau. Comme les mouvements sont tout à fait libres et que l'articulation n'est pas douloureuse, on cesse le massage. L'angle d'extension est aujourd'hui de 170°. La guérison s'est maintenue.

Durée du traitement: 2 mois, deux séances par jour pendant les quatorze derniers jours.

A mesure que nous avançons, la tâche devient de moins en moins difficile; nous avons vu dans les chapitres précédents consacrés à l'étiologie générale des fausses ankyloses, à celles de l'épaule et du coude la plupart des particularités que nous rencontrerons au poignet. Dans cette région, elles sont moins graves, les malades s'habituent facilement et assez vite à une diminution de la mobilité de l'articulation radio-carpienne, ils la supportent mieux que celles des articulations phalangiennes ou métacarpo-phalangiennes; la raideur du poignet est moins une infirmité qu'une gêne.

### Obs. LVI

*Difficulté des mouvements de la main. — Synovite chronique du poignet consécutive à une arthrite traumatique et à une fracture du radius. — Massage. — Extension et flexion forcées. — Guérison.*

M. L.., 38 ans. A fait, il y a quatre ans, une chute de cheval

dans laquelle la paume de la main droite a porté violemment sur le sol. Douleur et tuméfaction considérables de toute la région du poignet ; elles diminuèrent très vite par les sangsues et les cataplasmes ; on applique ensuite un appareil avec deux attelles en bois de manière à immobiliser le poignet pendant cinq semaines. Après qu'il fut enlevé, le malade ne souffrait plus, mais il pouvait difficilement se servir de la main. Depuis lors, il n'en a jamais recouvré complètement l'usage. Toutes les fois qu'il veut s'appliquer à un travail un peu sérieux, il éprouve très vite de la fatigue de côté ; est obligé de s'arrêter quelques minutes avant de continuer. Dans le cours de l'automne dernier, au moment de la chute de la neige, il éprouva une sensation d'engourdissement très pénible, s'irradiant de la main à tout l'avant-bras du côté malade, il se fit également à ce niveau une tuméfaction sensible. Les mouvements de la main devinrent difficiles et douloureux.

Je vois ce malade dans les premiers jours du mois de mars 1885. La main se trouve ordinairement dans une situation intermédiaire entre la flexion et l'extension. Le poignet est tuméfié ; sur le côté droit on trouve un petit bourrelet aplati, au niveau duquel il est possible de constater une fluctuation légère. Le malade ne peut ni étendre, ni fléchir la main. Dans les tentatives d'extension forcée, on sent une résistance modérée, dont on aura facilement raison. Les mouvements de latéralité sont peu diminués. Supination normale ; pronation limitée, les mouvements des doigts sont libres ; les muscles de l'avant-bras sont légèrement atrophiés.

Massage de l'articulation pendant 3 semaines ; au bout de ce temps la tuméfaction a disparu en grande partie ; le malade remue un peu mieux la main. A ce moment, j'imprime des mouvements répétés et alternatifs d'extension et de flexion

forcée à la main ; ils sont bien supportés, et sont suivis d'une réaction très faible. Plus tard, j'imprime des mouvements de pronation et de latéralité.

Au bout de sept à huit semaines, le malade remue facilement son bras en tous sens et peut exercer son métier (il est aubergiste).

L'articulation ne présente rien d'anormal.

### Obs. LVII

*Diminution des mouvements de la main consécutive à une arthrite traumatique de l'articulation radio-carpienne. — Extension et flexion forcées. — Massage. — Guérison.*

Mme P..., 33 ans, concierge. Il y a dix mois, cette personne est tombée dans l'escalier en portant un plat. Douleur violente et tuméfaction du poignet droit, compresses d'eau salée, application d'un bandage plâtré laissé en place pendant deux à trois mois. Au moment de son application, douze jours après l'accident, la douleur et la tuméfaction avaient disparu. Il resta à la suite du traitement, une raideur très prononcée de l'articulation radio-carpienne.

15 janvier 1885. Un peu de tuméfaction sur la face dorsale du poignet, rien du côté de la flexion. Pas de douleur spontanée ; la main est plus faible que celle de l'autre côté ; la malade qui en avait perdu complètement l'usage pendant six semaines est très fatiguée ; encore aujourd'hui, aux changements de temps, douleurs vagues dans le poignet. Les mouvements d'extension et de flexion sont très limités. Vive douleur dans les tentatives d'extension et de flexion forcées. Mouvements des doigts tout à fait libres comme la pronation et

la supination. Douleur plus forte dans l'extension que dans la flexion forcée. Mouvements de latéralité supprimés.

Après 6 semaines tous les mouvements sont libres, même ceux de latéralité et la malade peut se servir de la main droite comme de la gauche.

## Obs. LVIII

*Raideur de l'articulation radio-carpienne consécutive à une arthrite aiguë. — Atrophie des muscles anti-brachiaux. — Extension, flexion et rotation forcées. — Massage. — Amélioration sensible.*

M. L..., 46 ans, représentant de commerce. Il y a six ans, le poignet devint spontanément rouge, chaud, douloureux ; on appliqua des sangsues, la douleur disparut au bout de quinze jours, mais une tuméfaction légère persista. Dans ces derniers temps, elle a augmenté surtout à l'approche de la pluie ; peu à peu les mouvements de l'avant-bras ont été entravés ; la raideur articulaire s'est tellement accusée que les mouvements d'extension, de pronation et de supination sont devenus presque impossibles. Depuis 1884 l'état est resté stationnaire.

5 mars 1885. Tuméfaction au niveau de l'articulation radio-carpienne droite, égale, sans mollesse ni fluctuation, la main se trouve dans une position intermédiaire à l'extension et à la flexion : du côté de la première, les mouvements spontanés sont extrêmement limités ; les mouvements communiqués ne sont guère plus étendus, ceux-ci sont accompagnés d'une douleur violente, surtout marquée du côté palmaire, la flexion va jusqu'à 10°, les tentatives de flexion forcée provoquent une violente douleur dans la face dorsale du poignet ; les mouvements de latéralité sont nuls ; la supination ne

va pas jusqu'à l'angle droit, la pronation ne dépasse pas quelques degrés. Les muscles de l'avant-bras sont atrophiés. Depuis plusieurs années le malade, qui écrit avec difficulté, est incapable d'exécuter des travaux réclamant des mouvements un peu énergiques.

Extension et flexion forcées à plusieurs reprises dans une même séance. Rotation forcée. Massage de l'articulation et de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Réaction très faible. Au bout de six semaines, peut se servir beaucoup mieux de son bras qu'auparavant. La rotation, un peu plus facile qu'au début, laisse surtout à désirer (la pronation surtout). Le malade satisfait du résultat obtenu interrompt le traitement.

## Obs. LIX

*Raideur de l'articulation radio-carpienne consécutive à une arthrite aiguë avec poussées subaiguës ultérieures. — Difficulté de tous les mouvements de la main. — Mouvements forcés. — Massage. — Amélioration très prononcée.*

M. S..., 33 ans, employé. Au mois de septembre 1882, ce malade étant revenu de la chasse par un temps humide vit le poignet gauche se tuméfier fortement ; en même temps, il avait de la fièvre, la douleur disparut au bout de trois jours, mais la tuméfaction persista. Une saison à Bourbonne dans l'été suivant ne la fit pas disparaître. Depuis lors, l'articulation, qui n'a jamais repris son volume normal, est toujours douloureuse au moment des changements de temps. Ce malade, que ses occupations obligent à beaucoup écrire, n'est point entravé dans son travail, sauf au moment des poussées. Parfois pourtant, il se fatigue vite et est obligé de prendre quelques instants de repos avant de continuer.

Au niveau de l'articulation radio-carpienne, tuméfaction prononcée surtout du côté de la face dorsale. Plus de tuméfaction de la main qui fait une ligne droite avec l'avant-bras. Les mouvements dans un sens ou dans un autre sont peu étendus. En forçant, on sent que la résistance cède et en même temps on entend un craquement; la résistance est plus énergique du côté de l'extension, de même que la douleur. La pronation ne dépasse pas 10°, la supination est également limitée. Amaigrissement visible de l'avant-bras du côté de la flexion.

Extension et flexion forcées. Pendant quinze jours, chaque séance fut suivie d'une réaction caractérisée par de la tuméfaction du poignet. On l'enraya facilement à l'aide du massage portant sur le voisinage de l'articulation et la partie inférieure de l'avant-bras ; au bout de trois semaines, il n'y avait plus de réaction.

Après deux mois, malgré plusieurs absences, les mouvements d'extension et de flexion ont presque leur étendue normale. La pronation va jusqu'à l'angle droit, le malade a sensiblement moins gagné du côté de la supination ; celle-ci est tout au plus de 40° et le malade est très satisfait du résultat qu'il a obtenu. La tuméfaction a tout à fait disparu, l'avant-bras a repris son volume, il n'est plus gêné pour écrire. Je lui ai conseillé l'exercice, les mouvements d'extension, de flexion, de pronation et de supination, des renseignements récents m'ont appris que son état est aujourd'hui plus satisfaisant qu'à la fin du traitement.

### Obs. LX

*Raideur de l'articulation radio-carpienne, consécutive à un traumatisme. — Déviation de la main vers son bord cubital. — Synovite de la gaîne tendineuse du cubital antérieur. — Massage. — Redressement forcé de la main. — Guérison.*

Mlle S., 21 ans, lingère. En 1884 eut le bras pris dans la porte d'une armoire qu'elle fermait brusquement. Le choc porta surtout sur le bord interne du poignet. Douleur et tuméfaction prononcées et presque immédiates de la région. Tous les mouvements de la main étaient pénibles, la douleur s'irradiait le long du bord interne de l'avant-bras. Aussi évitait-elle avec le plus grand soin tous les mouvements. Quelques jours plus tard, la main présentait une déviation prononcée vers son bord cubital ; toutes les tentatives destinées à rectifier sa position étaient extrêmement pénibles. Au bout de dix jours on fait des badigeonnages iodés et avec une attelle en bois et une bande on immobilise la main dans une situation qui laissait à désirer. L'appareil fut employé pendant trois mois, elle fut libre de toute souffrance, mais quand on l'enleva elle remarqua que la déviation de la main s'était accusée.

Au moment où je vis pour la première fois cette malade, à la fin d'avril 1885, elle était dans l'état suivant :

La main droite est notablement déviée vers le bord cubital : son axe et celui de l'avant-bras font un angle obtus d'environ 160°. Les mouvements actifs de latéralité sont à peu près nuls ; il est difficile de provoquer un déplacement plus notable. L'extension et la flexion sont très limitées, la pronation et la supination laissent à désirer, les mouvements des doigts sont satisfaisants. Tuméfaction commençant au bord interne

du poignet, et s'étendant sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Pas de fluctuation, cette tuméfaction est allongée, semble suivre la gaîne du cubital antérieur, la face palmaire du poignet est un peu plus volumineuse que d'habitude.

A chaque séance on commence à faire porter le massage sur l'articulation radio-cubitale inférieure, puis sur la gaîne du muscle cubital antérieur. On essaye ensuite de faire le redressement forcé de la main. La première fois on réussit à lui rendre sans trop de difficulté sa position normale, mais la déviation se reproduit aussitôt qu'on cesse. Pendant cette tentative, on a entendu un craquement ; la douleur est assez vive pour que je sois obligé d'interrompre la traction. Au bout de trois semaines, la tuméfaction avait notablement diminué, et la main ne présentait plus une tendance aussi marquée à reprendre sa situation vicieuse, la douleur provoquée par le redressement forcé est beaucoup moindre. D'après mon conseil, la malade imprime elle-même à la main des mouvements destinés à rectifier sa position ; elle est placée à plat sur une table et fixée avec la main gauche vers son bord radial. Au bout de sept semaines, il n'y a presque plus de tendance à la déviation. Cette personne, qui s'acquittait auparavant si difficilement de sa tâche qu'elle craignait d'être obligée de changer de métier, peut maintenant y faire face sans la moindre difficulté.

Je l'ai revue au mois d'octobre 1885 ; il ne restait plus de trace de la tuméfaction, les mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination avaient leur amplitude normale et ne provoquaient pas la moindre douleur.

Le redressement des doigts peut paraître insignifiant à côté de celui du coude ou de l'épaule. Les ma-

lades ne sont pas toujours de cet avis, ils s'accoutument mieux à l'ankylose du poignet qu'à celle des phalanges, regardée constamment comme une infirmité difficile à supporter. Le redressement est laborieux, parce que les gaînes tendineuses sont presque toujours intéressées en même temps que l'articulation.

Dans une observation de Brodhurst, on crut à une ankylose osseuse ; la rectification était impossible, et il fallut faire la ténotomie. J'ai quelquefois vu lorsque ces articulations sont restées longtemps dans la flexion des ostéophytes épiphysaires placés aux points les plus éloignés l'un de l'autre. Dans presque tous les cas, les interventions répétées, les mouvements actifs et passifs sont d'une nécessité absolue.

« Les doigts ankylosés en demi-flexion, dit Nüssbaum, sont plus nuisibles qu'utiles ; il n'est pas rare qu'on les ampute. L'amputation n'est jamais légitime tant qu'on n'a pas essayé le brisement forcé. »

Dans les cas de redressement des doigts immobilisés en flexion, j'emploie outre le massage un appareil très simple consistant en une planchette percée d'ouvertures rectangulaires par chacune desquelles passe l'anse d'une courroie en caoutchouc ; on serre aussi fortement que le malade peut le supporter. L'appareil est appliqué une demi heure au moins chaque jour. Pendant les premiers instants, la douleur est

assez forte, mais avec un peu de bonne volonté le malade finit par bien la supporter.

Dans les tableaux qui font suite à son travail, Nüsbaum mentionne 16 ankyloses des doigts, 14 furent traitées par le brisement forcé, 2 par l'ostéotomie.

Voici les résultats obtenus : Mobilité, 4. Amélioration de la direction, 6. Pas de résultat, 6.

Si maintenant nous reprenons l'analyse de 14 cas de brisement forcé, nous trouvons : Mobilité, 4. Amélioration de la direction, 4. Pas de résultat, 6. La rectification violente est préférable à l'ostéotomie, cela ne veut pas dire qu'elle soit nécessairement salutaire puisque la proportion des succès n'est que de $\frac{4}{14}$.

### Obs. LXI

*Raideurs articulaires multiples consécutives à une polyarthrite rhumatismale subaiguë. — Immobilisation dans l'extension des articulations phalangiennes. — Massage. — Flexion forcée. — Guérison.*

M. C..., avoué. Polyarthrites rhumatismales chroniques, avec poussées subaiguës du côté des genoux, des épaules, des phalanges (index, médius et annulaire de la main droite, annulaire et auriculaire de la main gauche). Le malade écrit très difficilement, se fatigue extrêmement vite. L'extension complète possible ; flexion notablement entravée.

Massage des grandes articulations toujours un peu douloureux, massage des articulations phalangiennes, flexion forcée. Très difficile, n'est suivie d'aucune réaction appréciable. La douleur ne persiste pas après les séances. Au bout de deux mois, tous les accidents ont disparu du côté des grandes jointures, ceux de la main furent plus rebelles. Il fallut encore un mois de traitement par le massage et la flexion forcée pour en avoir raison. Il ne restait plus qu'un peu de raideur de l'annulaire gauche. A la fin du traitement, M. C... pouvait se servir aussi facilement de la main droite qu'avant sa maladie.

## Obs. LXII

*Raideur et tuméfaction des articulations phalangiennes des doigts de la main droite. — Massage. — Extension et flexion forcées. — Guérison.*

Mme L..., 32 ans. Polyarthrite rhumatismale à la suite de la scarlatine il y a 3 ans ; ces accidents ont disparu pour ainsi dire sans traitement. Seulement les articulations phalangiennes de tous les doigts de la main droite, sauf le pouce, sont restées tuméfiées, les doigts sont rigides. Elle a suivi différentes médications internes, fait des cures balnéaires à Aix-les-Bains, à Baden, tout cela sans grand profit.

Elle se présente à ma consultation au mois d'octobre 1884. Je constate que tous les doigts sont raides, légèrement recourbés en griffe, la flexion est très limitée, la malade ne peut ni écrire, ni coudre, ni tricoter.

Extension et flexion forcées des doigts, l'application du procédé est très douloureuse et accompagnée de légers craquements. Massage préalable des articulations intéressées. Au

bout de plus de 3 mois, la malade réussit à se servir de ses doigts. Les articulations ont repris leur forme ; mais les extrémités articulaires des phalanges sont toujours plus grosses que celles de l'autre main. Tous les mouvements sont faciles.

Pour les doigts immobilisés dans la flexion, j'ajoute aux procédés ordinaires l'application d'un appareil destiné à compléter le traitement. Cet appareil consiste en une planchette percée de trous par lesquels passe une bande de caoutchouc formant des anses aussi fortement serrées que possible autour des doigts à redresser. Ceux qui ont leur direction normale restent libres. Le malade doit porter cet appareil chaque jour une demi heure ou même davantage quand c'est possible ; au début, la douleur est assez vive, mais on finit par s'y habituer. Les conditions les plus mauvaises pour le traitement se présentent lorsqu'il s'est produit une épine osseuse à l'intérieur d'une articulation ; c'est un obstacle invincible au redressement. Dans ce cas, on éprouve une sensation particulière analogue à celles que produisent 2 surfaces dures qui se heurtent; il m'a semblé que ces dépôts se produisaient de préférence sur les surfaces éloignées les unes des autres.

Tous ceux qui se sont occupés de la thérapeutique des fausses ankyloses, particulièrement Bonnet, Brodhurst, Nüssbaum insistent sur la difficulté de traitement de l'articulation coxo-fémorale.

La rigidité et la contracture musculaire sont deux facteurs qu'on n'a pas de droit de négliger. Si la cuisse est dans la flexion sur le bassin, ce qui est le plus souvent le cas, la contracture du droit antérieur, du psoas ajoute un obstacle sérieux à la rectificationt

quelquefois plus sérieux même que ceux qui existent du côté de la jointure. La contracture simultanée des abducteurs n'est pas rare non plus. Le malade est couché sur une table convenablement rembourrée, de telle sorte que la jambe la dépasse par son bord externe. Le bassin est solidement fixé par un aide ; on saisit alors à pleine main la cuisse au-dessus du genou, et on procède comme pour les autres articulations. Il faut souvent une grande force pour vaincre les résistances ; la réaction est faible, à moins qu'on n'ait eu affaire à une contracture très forte du muscle droit antérieur ; il ne faut pas s'effrayer des craquements pendant l'opération. La rectification faite avec les récautions que nous avons indiquées n'expose pads aux fractures.

Il peut exister en même temps que la flexion, une adduction légère, en général l'extension forcée la fait disparaître ; s'il en reste à la fin du traitement, on en a raison par des mouvements appropriés.

### Obs. LXIII

*Raideur de l'articulation coxo-fémorale droite. — Contracture et atrophie des muscles pelvi-trochantériens. — Contracture légère des adducteurs. — Flexion de la cuisse sur le bassin. — Adduction diminuée — Mouvements forcés. — Massage. — Guérison.*

A mon arrivée à Ragatz, au mois de juillet 1884, je fus con-

sulté par un paysan, âgé de 40 ans, souffrant depuis plusieurs années d'une affection mal déterminée de la hanche droite. Cet homme a eu à plusieurs reprises des épanchements de diverses articulations et tous, sauf celui de la hanche, ont disparu sans laisser de traces. La douleur a son maximum en arrière du grand trochanter et s'irradie vers la région inguinale ; elle est généralement sourde, plus vive aux changements de temps, plus vive lorsque le malade a gardé quelque temps, l'immobilité, qu'il ait été assis ou couché. La nuit, il souffre beaucoup lorsqu'il repose sur le côté malade. Il y a deux ans, cautérisations nombreuses au fer rouge derrière le grand trochanter. La douleur a sensiblement diminué : malheureusement la jambe est devenue de plus en plus raide. Une saison thermale est restée sans résultat. Claudication prononcée, ne peut marcher sans s'appuyer sur une canne, se fatigue très vite et boîte encore plus fort que d'habitude lorsqu'il est fatigué. Difficulté considérable pour monter les escaliers, traîne la jambe ; ne peut mettre lui-même ses bas. Les muscles fessiers sont atrophiés. Avec une pression un peu forte, on provoque une douleur assez vive derrière le grand trochanter. Des douleurs spontanées s'y développent à la suite de marches un peu prolongées et au moment des changements de temps. Aucune différence entre la longueur des deux jambes. En exerçant une pression, sur la plante du pied, on provoque une douleur légère dans la hanche. Extension normale. Flexion de 25° au maximum ; quand on force un peu, on sent que la résistance sera facile à vaincre. Adduction moindre qu'à l'état normal, les efforts qu'on fait pour l'augmenter provoquent une vive douleur dans la région des adducteurs. Dans la flexion forcée, résistance assez vive à partir de 30°. Douleur vive dans la région iliaque et inguinale, surtout la dernière. Réaction très

faible, tuméfaction légère. Massage. Après un repos d'un quart d'heure, on fait marcher le malade ; il marche sans trop de difficulté. Au bout de 6 semaines, la flexion de la jambe est double de ce qu'elle était auparavant. Désormais, je ferai porter principalement mes efforts du côté de l'adduction.

Ce procédé est assez douloureux. Après deux mois et demi de traitement, la flexion et l'extension complètes sont possibles, de même que la marche prolongée, sans canne ; pas de fatigue, claudication presque imperceptible, monte un escalier sans peine. Pendant mon séjour à Ragatz, en 1886, j'ai appris que l'amélioration s'est maintenue, que le malade est encore mieux aujourd'hui que vers la fin du traitement.

## Obs. LXIV

*Raideur de l'articulation coxo-fémorale consécutive à des accidents indéterminés pris pour le début d'une coxalgie et à une immobilisation prolongée au lit.*

R. 7 ans. Cet enfant boîte d'une façon disgracieuse ; son père, qui est ferblantier, craint de ne pouvoir comme il le désire lui apprendre son métier. Il aurait présenté, il y a quelques années, des phénomènes ressemblant plus ou moins à la coxalgie. Vers l'âge de 5 ans, il commença à se fatiguer très vite et à traîner un peu la jambe en marchant. De temps en temps, il se plaignait de douleurs dans la région de la hanche. Pendant 9 mois, il garda un repos absolu au lit. Lorsqu'il se leva, il était incapable de marcher sans appui. Il y a plus de 2 ans que tout cela s'est passé ; aujourd'hui la cuisse est fléchie sur le bassin, les muscles de la jambe, de la cuisse, de

la fesse de ce côté sont notablement atrophiés. On s'adressa à un rebouteur. Celui-ci fit avec l'aide d'une autre personne une tentative de redressement forcé. L'aide maintenait le tronc tandis que l'opérateur saississant le pied tirait de toutes ses forces sur la jambe pour lui rendre sa direction normale. Cette tentative n'eut d'autre résultat que de faire beaucoup souffrir l'enfant et la déviation de la cuisse augmenta.

Au moment où je vis pour la première fois ce malade, la cuisse faisait avec le bassin un angle de 145°. Pas de tuméfaction, ni de sensibilité à la pression dans la région iliaque. Raccourcissement réel de 1 cent. de la jambe gauche, obliquité apparente du bassin. Pour un examen plus complet, je fais appeler un de mes confrères, et après avoir administré le chloroforme, nous constatons qu'il existe encore une mobilité satisfaisante dans l'articulation coxo-fémorale ; la flexion paraît tenir plutôt à l'état des muscles qu'à celui de la capsule, surtout à une contracture du droit antérieur.

Extension forcée ; séance tous les deux jours. Le petit malade est très courageux et supporte bien le procédé. Au début, chaque séance est suivie d'un peu de réaction, on en a facilement raison avec le massage. Au bout de 5 semaines, l'extension de la jambe est beaucoup plus facile. Grâce à un massage énergique, les masses musculaires du membre inférieur et de la région fessière ont augmenté notablement de volume. Après 2 mois, la jambe est complètement redressée et le malade peut marcher. Il existe encore de la claudication ; en faisant porter au malade un soulier dont la semelle est plus épaisse que celle de l'autre, elle est à peine sensible. Je continue le massage pendant trois semaines ; la claudication est si faible qu'une personne non prévenue ne pourrait pas s'en apercevoir quand l'enfant marche ou même quand il court. La cuisse

n'est plus fléchie sur le bassin, l'atrophie musculaire est insensible ; la mobilité dans l'articulation coxo-fémorale est complète ; l'obliquité apparente du bassin a disparu, l'enfant peut gravir très vite et sans difficulté les escaliers.

## Obs. LXV

*Raideur de l'articulation coxo-fémorale gauche consécutive à une arthrite aiguë à répétition. — Contracture du droit antérieur de la cuisse sur le bassin. — Claudication, extension forcée. — Massage. — Guérison.* [1]

M. N., 41 ans. Il y a plusieurs années s'étant couché sur le gazon humide, il éprouve à son réveil une violente douleur au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche. Elle diminua notablement mais ne disparut pas sous l'influence du salicylate de soude. Depuis lors, il y avait des exacerbations manifestes à chaque changement de temps. Enfin au mois de juin 1882, le malade put se servir de sa jambe, cette amélioration dura tout l'été, mais, au mois de novembre, survint une nouvelle poussée aussi violente que la première ; celle-ci ne céda pas au salicylate de soude. Il fut obligé de garder le lit pendant 2 mois, prit des bains de sel et des fumigations, sans soulagement notable ; la cuisse se fléchit peu à peu vers le bassin, et lorsqu'après avoir quitté le lit, il voulut marcher, le pied ne pouvait plus appuyer sur la terre que par son extrémité antérieure. Pendant l'été de 1883, il fit une une saison à Aix-les-Bains, la douleur disparut, mais non la difformité, de telle sorte qu'il a toujours boîté depuis ce temps. Il se présente à ma consultation vers la fin de l'année 1884. A ce moment, la cuisse

1. Anesthésie chloroformique pour l'examen.

fait avec le bassin un angle d'environ 140°, les longueurs réelles du membre inférieur sont les mêmes des deux côtés. Une pression énergique exercée au niveau de la cavité cotyloïde ne produit qu'une douleur insignifiante. Douleurs spontanées rares. Le malade marche difficilement ; il est obligé de se reposer après quelques centaines de mètres. Légère infiltration au niveau de l'articulation. Les mouvements d'adduction sont un peu entravés, le malade l'a constaté en voulant monter à cheval. Un peu de mobilité intra-articulaire ; il paraît à première vue impossible de vaincre la résistance à l'extension. On y arrive cependant graduellement, l'obstacle paraît, comme dans le cas qui précède, tenir moins à la capsule articulaire qu'à une contracture du muscle droit antérieur de la cuisse ; Massage de ce muscle. Le traitement fut irrégulièrement suivi, il y eut même, une fois, une interruption de 8 jours. Pendant les premiers jours, le redressement forcé détermina des craquements ; on n'en constata plus dans la suite. Pendant les 3 mois que j'ai traité ce malade, je me suis occupé d'abord de l'extension, puis de l'abduction, le même procédé m'a réussi dans les deux cas. La claudication a disparu ; peut faire de longues promenades à pied, ne ressent la fatigue que quand il les prolonge trop.

Voici comment nous procéderons pour le genou :

On fait asseoir le malade sur une banquette rembourrée ou un banc convenablement construit et résistant. Supposons qu'il s'agisse de redresser le genou droit, on saisit de la main gauche la cuisse au-dessus du genou, la droite prend la jambe au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne de manière à ce que

le levier soit aussi long que possible ; on imprime à la jambe des mouvements successifs pour amener au maximum l'angle qu'elle forme avec la cuisse. Dans chaque séance on applique ce procédé 4 à 5 fois ; à chacune d'elles, on arrive un peu plus loin qu'auparavant. Pour toute articulation traitée, il faut avoir soin de ne pas abandonner le membre aussitôt après la séance et de le maintenir dans le sens de l'extension ou de la flexion pendant un certain temps (une deux minutes ou plus si le malade le supporte). La manœuvre finie, on ramènera doucement le membre à la situation qu'il occupait auparavant ; jamais on ne doit le laisser retomber brusquement. En agissant ainsi on épargne une douleur violente et inutile au malade. Quand l'irritation est considérable, le massage la calme vite ; l'effleurage et les frictions légères donnent les meilleurs résultats, même dans le cas de réaction exagérée.

On fait la flexion forcée lorsque la jambe est immobilisée dans l'extension. Elle est saisie en même temps que la cuisse comme nous l'avons indiqué ; le mouvement est provoqué naturellement en sens opposé, et on tâche de rendre plus aigu l'angle que la jambe fait avec la cuisse ; il est rare du reste que l'extension ou la flexion existent seules ; le plus souvent l'une emporte sur l'autre.

Chez les personnes robustes et énergiques, on pour-

rait faire l'extension et la flexion dans la même séance, surtout si une réaction faible suit chaque tentative. Dans la déformation ou flexion on fait l'extension forcée, dans le cas contraire la flexion ; mais on est parfois obligé de combiner ces deux manœuvres, comme nous le verrons plus loin.

### Obs. LXVI

*Raideur de l'articulation fémoro-tibiale droite, consécutive à une hydartrose et à l'immobilisation. — Flexion légère et persistante de la jambe sur la cuisse ; flexion complète impossible. — Atrophie des muscles de la cuisse. — Douleur périarticulaire. — Flexion forcée. — Massage. — Guérison.*

M. L..., 46 ans. A la fin d'avril 1884, le genou se tuméfie spontanément sans douleur, ni phénomènes subjectifs d'aucune sorte ; en même temps, la marche devient difficile. Badigeonnages iodés et immobilisation au moyen d'un manchon de ouate maintenu par des attelles en bois. L'appareil fut enlevé de temps en temps pour appliquer des vésicatoires. Comme ce traitement n'était pas suivi d'une amélioration notable, le malade entra dans un hôpital en Algérie où il se trouvait à ce moment. Pendant cinq semaines, tous les deux jours 40 à 50 pointes de feu autour de l'articulation malade. Cette médication était à chaque fois suivie d'une amélioration passagère. A ce moment, on trouvait sur la face interne du genou un point douloureux ; l'auteur croyait qu'il s'était produit par suite de la pression qu'exerçaient les attelles. Comme la mobi-

lité diminuait, on conseilla quelques mouvements. L'appareil ayant été enlevé, une bande fut attachée à la partie inférieure de la jambe, et avec elle le malade lui-même exerçait une flexion sur le segment du membre. Ce procédé appliqué avec les plus grandes précautions, provoquait malgré tout une douleur au point sensible, toute la région voisine présentait une tendance manifeste à la tuméfaction. Les tractions furent supprimées et les seuls mouvements permis au malade furent ceux qu'il était obligé de faire en traversant la cour de l'hôpital une fois dans la journée: cette courte marche était très pénible. Je vis pour la première fois ce malade à son retour en France vers la fin de mars 1885. Tuméfaction générale pas trop résistante du genou droit, pas de fluctuation, sauf dans les parties latérales. A la pression, sensibilité, seulement dans un espace très limité, situé entre le bord de la surface articulaire du tibia et le condyle interne du fémur ; en pressant un peu plus fort au niveau du tendon de la patte d'oie, on trouve un autre point également douloureux. Les mouvements un peu violents provoquent une douleur spontanée, mais faible. Flexion légère de la jambe sur la cuisse ; le malade réussit avec quelques efforts à la vaincre et à mettre la jambe dans l'extension. La flexion est également entravée : avec beaucoup d'efforts, il arrive jusqu'à 100°. Rotule mobile. La flexion forcée est douloureuse. Les muscles de la cuisse de ce côté sont plus grêles et surtout plus flasques que ceux de l'autre. Le malade ne réussit à faire une centaine de pas qu'avec de grands efforts et en s'appuyant sur une canne. Flexion forcée : on atteint, dès la première séance, un assez bon résultat, mais il est passager. Au bout de 6 semaines, le malade marche mieux et ne se sert plus qu'exceptionnellement de sa canne. On cesse le traitement après 2 mois et demi, tous les mouvements du ge-

non sont possibles, la flexion a une amplitude normale. Il peut marcher sans appui et ne se fatigue pas plus qu'avant sa maladie. Grâce au massage, la sensibilité locale et l'atrophie musculaire ont presque disparu.

Je combats d'abord la déformation qui semble la plus prononcée et dont il sera le plus difficile d'avoir raison.

Il est bon d'observer la même règle pour les articulations de la jambe et du pied, du poignet, des doigts et des orteils.

Lorsqu'une déformation par flexion tient à une contraction des muscles de la région postérieure de la cuisse, la manœuvre que je viens de décrire n'est plus suffisante ; dans ce cas, si la jambe est fléchie, il faut faire l'extension forcée sur l'épaule ; ce procédé très énergique est indiqué plus rarement que l'autre. Voici comment je l'applique : supposons que nous ayons affaire à une fause ankylose du genou droit avec flexion de la jambe sur la cuisse. Le malade est couché sur un canapé, de manière que la moitié droite du bassin et le membre inférieur correspondant soient un peu plus près du bord ; l'opérateur se place lui-même du côté droit du malade en s'appuyant de son genou fléchi sur le bord du canapé et incliné de telle sorte que la jambe du malade repose par sa face postérieure sur son épaule droite ; le membre est saisi au-dessus du genou, avec les deux mains, le chirur-

gien se relève ensuite lentement, en redressant dans ce mouvement le genou ankylosé; on répète cette manœuvre 4 à 5 fois par séance.

Il est indispensable d'immobiliser l'autre jambe comme je l'ai dit; sans cette précaution, le malade fait un mouvement de ce côté, le bassin est légèrement déplacé, la fixation de la cuisse n'étant plus complète, on n'obtiendrait qu'une rectification insuffisante à chaque séance.

## Obs. LXVII

*Raideur de l'articulation du genou consécutive à un rhumatisme blennorrhagique. — Immobilisation de la rotule. — Épaississement de la capsule articulaire. — Atrophie des muscles du jarret, de ceux de la région antérieure de la cuisse. — Marche très difficile. — Claudication. — Extension et flexion forcées. — Massage. — Guérison.*

Le docteur N..., 36 ans, chirurgien à X .. (Allemagne). Ce malade eut pour la troisième fois, au mois d'août 1882, un rhumatisme blennorrhagique. Les articulations tibio-tarsiennes et celles des genoux furent prises. Après de courts intervalles d'amélioration, il se fit des poussées répétées avec tuméfaction, douleur, rougeur modérée. La maladie présentait une ténacité particulière dans l'articulation fémoro-tibiale droite. Les médicaments usités dans les cas de rhumatisme ordinaire furent sans effet; la blennorrhagie présenta elle-même une grande persistance.

Dans le cours de l'été de l'année 1883, les douleurs dimi-

nuèrent dans toutes les jointures, sauf celle du genou droit ; la rotule devint immobile en avant des condyles fémoraux.

En même temps la jambe se fléchit peu à peu, presque à angle droit sur la cuisse, puis subit une légère rotation en dehors. A ce moment on fit, dans le but de détacher la rotule, le redressement forcé de la jambe, puis on appliqua un bandage plâtré. A la suite de chaque opération de ce genre, il se fit une poussée inflammatoire ayant pour résultat de fixer de nouveau la rotule au fémur.

Quelques mois plus tard, cautérisations transcurrentes au voisinage du genou. Bains chauds, électrolyse, faradisation, massage des parties atrophiées pendant longtemps. Au mois d'avril 1884, la rotule est rendue de nouveau libre par une extension brusque, énergique. A la suite de l'opération, épanchement séreux considérable ; ne peut marcher qu'avec des béquilles, de temps en temps on imprime avec précaution des mouvements passifs de flexion et d'extension au membre et l'on fait régulièrement le massage.

Au mois de novembre 1884, ténotomie du tendon d'Achille dans le but de corriger l'anomalie de situation du pied (pied-bot varus équin). On essaie de nouveau l'extension de la jambe au moyen d'un appareil de Langenbeck d'abord dans la narcose chloroformique. Pendant les mois de janvier et de février, pas de traitement, il essaie de marcher, mais à peine a-t-il fait quelques pas que sa jambe roule et qu'il est sur le point de tomber. Je vois pour la première fois ce malade vers la fin du mois de mars 1885. A ce moment, le genou présente une teinte rouge foncée et il est notablement tuméfié. Après quelques minutes de station verticale la jambe se tuméfie, le malade ne peut marcher qu'en s'appuyant sur une canne et boîte beaucoup ; une très courte promenade suffit pour le fatiguer ;

il se lève avec peine du fauteuil sur lequel il était assis pour passer du salon dans le cabinet. Flexion de la jambe sur la cuisse : lorsque le malade est assis et que le talon repose sur un plan horizontal, le creux poplité présente une excavation du volume du poing. Les extrémités articulaires du fémur et du tibia sont plus volumineuses qu'à l'état normal ; le condyle interne du fémur est surtout hypertrophié.

Les mouvements de la rotule dans toutes les directions sont très limités. A sa partie supérieure elle est comme encastrée dans une masse de tissu conjonctif de nouvelle formation ; comme il très difficile de suivre son bord supérieur, on pourrait croire à première vue qu'elle a été fracturée. Au-dessus, la capsule articulaire paraît elle-même épaissie et rigide. Au niveau de ses insertions sur la face antérieure du fémur, elle forme un bourrelet du volume du doigt, saillant surtout dans l'extension. La peau semble épaissie, infiltrée, en dehors des cicatrices laissées par les brûlures. La rotation en dehors est très marquée. La jambe forme avec la cuisse un angle de 145°.

Extension forcée : au début, on sent une résistance marquée, il faut déployer pour la vaincre une certaine vigueur. L'application du procédé est douloureuse, le maximum de la résistance paraît correspondre à l'insertion de la capsule sur la face interne du tibia. Les muscles du mollet sont dans un état d'atrophie marqué, de même que ceux de la partie antérieure de la cuisse, et surtout le vaste interne et le droit antérieur. Après chaque séance, la réaction est moindre qu'on n'aurait pu le supposer, étant donnée la difficulté de la flexion forcée. Pendant 14 jours. un peu de tuméfaction, surtout vers le bord interne de la face articulaire du tibia. Presque pas de sugillations sanguines ; on a facilement raison de tout avec un effleurage de courte durée. Après trois semaines de traitement, l'amélio-

ration est très appréciable, le malade peut se lever sans difficulté de son fauteuil. La claudication est moindre et la jambe est plus forte ; l'extension forcée est plus facile et moins douloureuse. Je puis maintenant faire des flexions ; la résistance est moindre que pour l'extension. Le traitement est continué pendant 3 mois, au bout de ce temps, le malade peut étendre et fléchir la jambe presque comme à l'état normal, et faire sans se fatiguer de longues promenades à pied ; la rotule à son arrivée, était déviée en dehors, par le traitement on l'a ramenée en haut dans sa situation : la jambe n'est plus déviée. Le massage a porté sur la région articulaire, sur les muscles atrophiés de la jambe et de la cuisse ; le résultat a été excellent. Au moment où l'on cesse le traitement, les muscles n'ont pas repris complètement leur volume. J'ai revu ce malade au mois de mai 1886, à Paris, le résultat s'est maintenu ; ne boîte presque plus. Il ne resterait plus qu'une incurvation légère des orteils avec une diminution du volume à peine sensible des muscles du mollet.

## Obs. LXVIII

*Raideur de l'articulation du genou consécutive à une arthrite traumatique et à l'immobilisation prolongée. — Flexion de la jambe sur la cuisse. — Extension et flexion complète impossibles. — Pied bot varus. — Genu valgum. — Extension et flexion forcée avec massage. — Disparition de tous les accidents.*

B..., 8 ans. Cet enfant est tombé il y a 3 ans sur le genou droit. Claudication à la suite de cet accident. Amélioration assez rapide, mais le petit malade continue de boiter. Tout à

coup, pendant qu'il jouait au croquet, le genou devint si sensible qu'au moindre mouvement il poussait des cris. En même temps, une tuméfaction forcée se développa à ce niveau. On appliqua d'abord des compresses d'eau glacée ; puis un bandage plâtré. A ce moment le genou tuméfié et très sensible à la pression, ne présentait pas encore d'autre difformité. Après qu'on eut à plusieurs reprises enlevé et replacé le bandage, le petit malade continua de garder le lit du mois de novembre 1883 au mois d'avril 1884 ; en même temps, un appareil silicaté était constamment appliqué et toutes les 7 semaines environ, il prenait des bains de sel. On interdisait absolument la marche, on le portait dans une voiture quand on voulait le faire sortir. Jusqu'au mois de novembre 1883, il suivit différents traitements sans avantage. A ce moment, on applique un appareil prothétique, destiné à rendre la marche possible. Lorsque je le vis pour la première fois, au mois d'octobre 1884, il était dans l'état suivant :

La jambe et particulièrement la partie antérieure de la cuisse sont dans un état d'atrophie prononcée. Je recommande d'abord l'abandon de l'appareil, le petit malade fera sans aide de courtes promenades. Pas de raccourcissement réel ou apparent de la cuisse (un peu de *genu valgum ;* pied bot varus équin). Légère rotation de la jambe en dehors. Le petit malade boîte fortement. A chaque pas, la jambe est pour ainsi dire projetée en avant dans l'abduction ; elle décrit presque un demi-cercle ; le malade est vite fatigué. Tout autour du genou, tuméfaction prononcée ; pas de fluctuation perceptible. Les condyles fémoraux sont notablement plus volumineux que de l'autre côté ; l'extrémité du tibia est également augmentée de volume, la rotule est mobile et non pas en dehors de la ligne médiane. La jambe fléchie vers la cuisse fait à l'état de repos avec celle-

ci un angle de 150°. Au delà de cette limite, l'extension même passive est presque nulle. Dans la flexion, l'angle est de 75° ; on gagne très peu dans la flexion passive.

Je me propose de recourir d'abord à l'extension forcée ; le malade est trop jeune et trop irritable pour qu'on puisse songer à la flexion dans une même séance.

Pendant 5 semaines, extension forcée, une séance par jour. Craquements perceptibles pour le médecin comme pour le malade ; tuméfaction qui descend de la région du genou jusqu'aux malléoles, à l'aide de frictions légères répétées pendant 8 à 10 minutes, on fait disparaître la douleur et les autres accidents. Au bout de ce temps, comme les séances sont suivies d'accidents nerveux, on n'en fait plus que 3 par semaine.

Massage journalier du genou et des muscles de la cuisse. Dans les premières séances, on réussit à peine à faire disparaître la moitié de la difformité. Au bout de 2 mois et demi de traitement, l'extension complète est possible, mais la difformité présente une tendance persistante à se reproduire. Dans l'espoir d'en avoir raison, j'immobilise dans un appareil plâtré la jambe étendue. Après chaque séance, le petit malade marchait pendant un certain temps dans sa chambre. L'appareil plâtré reste appliqué pendant 15 jours. La flexion est plus limitée qu'auparavant ; à l'aide de mouvements passifs, on lui rend aisément l'amplitude qu'elle avait avant l'application du bandage ; puis nous avons recours à la flexion forcée proprement dite ; elle est plus facile, moins douloureuse que l'extension, suivie d'une réaction moindre. Après 4 à 5 semaines de traitement, résultat tout à fait satisfaisant ; l'extension et la flexion sont à peu près normales, le petit malade se plaint surtout de ce qu'il ne peut faire une course un peu longue à pied sans se sentir très vite fatigué. Supposant que cette circonstance

tient surtout à l'atrophie des muscles de la jambe et de la cuisse, je les masse énergiquement. La chose est d'autant plus facile qu'à ce moment la direction du membre est normale et régulière. Au bout de 3 à 4 semaines, la jambe présente à peu près le même volume que la droite, il n'y a plus ni tuméfaction, ni difformité dans le voisinage de l'articulation fémoro-tibiale. La claudication est insignifiante ; fait de longues promenades sans se fatiguer (est allé une fois à pied du boulevard Saint-Michel à l'avenue Friedland). Au moment de quitter Paris, je lui conseille, afin que les résulats obtenus se maintiennent, de faire des exercices journaliers de flexion et d'extension des deux jambes, en s'appuyant avec les mains sur le dossier d'une chaise. Je lui recommande également de faire attention dans la marche, de bien lever le pied et de le porter directement en avant. En juillet 1886 le malade ne boîtait plus. Le *genu valgum* a également disparu.

## Obs. LXIX[1]

*Raideur de l'articulation du genou consécutive à une arthrite traumatique ; flexion de la jambe sur la cuisse. Tuméfaction du genou. — Extension forcée. — Massage. — Guérison.*

M. C., 40 ans. Le 30 septembre 1884, en descendant une colline, ce malade fait un faux pas et tombe. Impossibilité absolue de marcher. La douleur du genou gauche était si vive que le malade crut avoir quelque chose de cassé. Le médecin appelé à ce moment crut à une lésion intra-articulaire et lui fit garder pendant dix jours une immobilité absolue au lit : Au bout de ce temps revient à Paris : son médecin ordinaire continue le traitement, c'est-à-dire recommande le repos au

lit, les cataplasmes et les compresses imbibées d'alcool camphré sur le genou ; comme les mouvements restaient impossibles à cause de la violence de la douleur, on appliqua des pointes de feu. Les accidents aigus se calmèrent, mais la jambe resta faible : en même temps elle se fléchit sur la cuisse. Au bout de 4 mois son médecin recommande le massage et les bains de Barèges journaliers.

Les résultats du traitement furent peu prononcés. Le genou et surtout la partie placée au-dessous de la rotule devinrent le siège d'une infiltration générale, sans fluctuation. De temps en temps, le malade est sujet à des douleurs assez vives dans la jointure intéressée. Peut marcher tant bien que mal, sans canne, mais boîte beaucoup. La fatigue arrive vite et le malade est obligé de s'asseoir. Le membre inférieur gauche est un peu moins volumineux que le droit. La jambe forme en arrière avec la cuisse un angle d'environ 135°.

Je vois ce malade au mois d'octobre 1885. Extension forcée de la jambe ; on peut vaincre la contracture sans trop de difficulté ; la flexion présente son étendue normale. Après deux mois de traitement, l'extension du genou est complète, la déformation n'a aucune tendance à se reproduire, le malade peut faire de longues promenades à pied sans se fatiguer. A l'aide du massage antérieur de l'articulation fait à chaque séance on a eu raison de la tuméfaction du genou, les deux articulations ne présentent plus aujourd'hui la moindre différence de volume. La réaction ayant suivi l'extension forcée a été si faible qu'il m'a paru superflu de faire le massage de la région.

## Obs. LXX

*Raideur de l'articulation du genou droit ; arthrite chronique consécutive à un rhumatisme articulaire aigu. — Atrophie des muscles de la cuisse. — Mouvements du genou et marche impossibles. — Extension et flexion forcées. — Massage. — Amélioration très notable. — Marche possible.*

M^me S., 34 ans. Dans le cours de 1882, rhumatisme articulaire aigu intéressant plusieurs jointures, bientôt la fièvre disparut, les jointures furent dégagées pour la plupart ; toutefois le genou droit qui dès le début avait été pris resta tuméfié et douloureux; elle pouvait même très difficilemeut marcher et vaquer aux soins du ménage ; sous l'influence des bains chauds la tuméfaction disparaissait de même que la douleur, les mouvements se rétablirent en grande partie ; mais l'amélioration fut de courte durée. M^me S. ayant été mouillée, la tuméfaction et la douleur du genou la reprirent plus vives que jamais ; elle ne put plus marcher qu'en s'appuyant sur une canne. Fait une saison à Plombières sans amélioration notable. Depuis le printemps de 1883, elle marche avec des béquilles et ne peut s'appuyer sur la jambe droite. Dans la nuit si elle vient à la poser sur l'autre, elle éprouve une douleur brusque du genou qui s'irradie jusque vers la hanche. Chaque mouvement s'accompagne de craquements assez énergiques. La cuisse a notablement maigri. Je vois pour la première fois cette malade au mois de décembre 1884.

Elle est assise la plus grande partie de la journée ; et ne peut se lever qu'en s'appuyant sur le bras d'une autre personne. Dans le jour, elle soulève assez bien la jambe ; ce mouvement devient impossible le soir parce que le genou est tumé-

fié et doulouleux. Les muscles de la cuisse sont sensiblement atrophiés. Les extrémités articulaires du tibia et du fémur sont plus volumineuses qu'à l'état normal. La rotule est encore mobile, mais ses mouvements sont très limités. La capsule articulaire est fortement dilatée et épaissie. Fluctuation peu marquée. Infiltration œdémateuse du voisinage de l'articulation. Peu de douleurs spontanées ; cette malade a fait deux saisons à Luchon dont la dernière au mois de juin dernier: c'est depuis ce moment qu'elles ont disparu. La jambe fléchie sur la cuisse forme avec elle un angle de 140° ; les mouvements actifs sont extrêmement limités. L'extension forcée est pourtant moins difficile qu'on ne pourrait le supposer mais elle est très douloureuse ; pendant l'application du procédé on entend un craquement très net, la flexion sur la cuisse est moins pénible.

Le traitement méthodique fut commencé le 10 décembre 1884. La malade, douée d'une grande force de volonté, réclame deux séances par jour. Le matin, je fais la flexion, le soir l'extension forcée. Massage du genou et de la cuisse à chaque séance. Se plaint d'une crampe très violente dans les muscles du jarret ; la douleur s'étend jusqu'à la région plantaire, elle la calmait en appuyant le pied sur un corps dur. La réaction qui suivait l'application du procédé était insignifiante. Au bout de six semaines, amélioration sensible ; peut marcher dans la chambre en s'appuyant sur une canne. A partir de ce moment le traitement est beaucoup moins douloureux. Extension et flexion dans une même séance. La première est complète ; malheureusement la tendance à reprendre la position vicieuse persiste ; pour en avoir raison, je fais vers la fin de la cure après chaque séance maintenir la jambe dans l'extension exagérée pendant un laps de temps qui va jusqu'à 1/2 heure. Au bout de trois mois, l'extension et la flexion sont presque complètes, et

la malade peut faire sans trop se fatiguer de courtes promenades. Je l'engage à se servir le plus possible de sa jambe droite, à s'appuyer dessus. Elle boîte toujours un peu ; l'atrophie des muscles de la cuisse est beaucoup moindre. La tuméfaction du genou est également diminuée, mais l'épaisissement de la capsule persiste, l'épanchement articulaire a tellement diminué qu'elle semble à peine distendue. Par suite de l'amélioration nutritive des muscles de la cuisse, les condyles semblent moins volumineux qu'au début du traitement. Depuis j'ai appris que l'amélioration était encore plus prononcée qu'à la fin du traitement et qu'il ne restait qu'un peu de claudication.

### Obs. LXXI

*Raideur de l'articulation du genou, flexion de la jambe sur la cuisse. — Déviation apparente de la colonne vertébrale à gauche consécutive à une myosite d'origine traumatique du carré des lombes et du grand oblique. — Massage. — Extension forcée. — Guérison.*

M. S., 38 ans. Au mois d'août 1882, éprouve en montant un sac de farine une violente douleur dans la fesse du côté gauche ; put malgré tout, les jours suivants, vaquer à ses occupations ; mais la douleur reparaît avec son intensité première dès qu'il est obligé de faire un effort pour travailler, ou dans les quintes de toux. Ne songe à un traitement méthodique qu'au mois de mars 1883. Plusieurs vésicatoires ; la douleur ne fait qu'augmenter ; l'hydrotérapie ne réussit pas mieux. La jambe du côté malade commence à s'atrophier ; douleur vive du côté droit du genou, tuméfaction dans la région de la fesse, marche extrêmement difficile. Un chirurgien

de Bordeaux consulté à ce moment diagnostique une rupture musculaire dans la région lombaire et prescrit les eaux de Bareges. Le malade fait un séjour d'un mois à cette station ; il en retira peu de profit ; à la fin de la saison la jambe présentait même un raccourcissement notable. Découragé, il eut recours en désespoir de cause aux rebouteurs ; ceux-ci firent l'extension violente : L'application de ces procédés fut suivie d'une incurvation apparente du corps du côté malade, la marche devint impossible, le malade hors d'état de faire un pas ne pouvait même plus s'asseoir, il était obligé de prendre ses repas sur un canapé ou une chaise longue : dans cette situation il lui était même impossible de se tourner seul. Son état général subit dans ces conditions des modifications extrêmement défavorables.

Je vis ce malade pour la première fois au mois de mars 1884. La jambe présentait une flexion marquée de la région du genou et faisait avec la cuisse un angle de 135°. Celle-ci était flasque et amaigrie. Œdème sur les parties latérales de l'extrémité inférieure et au-dessous de la rotule. On ne peut l'étendre au delà de la limite indiquée. Flexion à peu près normale, pas de douleur spontanée ou provoquée par le toucher dans le genou, l'extension forcée très douloureuse s'accompagne d'un craquement au niveau du genou. Déviation apparente de l'axe du corps dans la région lombaire. La marche très dificile est accompagnée d'une claudication prononcée. Le segment inférieur du corps paraît, de même que la tête, dévié vers la gauche ; la marche fatigue extrêmement vite.

A l'exploration de la région lombaire on trouve un foyer de myosite correspondant probablement à la rupture d'attaches musculaires aux dernières côtes (fibres du carré des lombes e de l'oblique). Massage de la région lombaire et de la région du

genou. Extension forcée, on réussit par ce procédé à faire cesser momentanément une grande partie de la contracture, douleur et tuméfaction presque immédiates au voisinage du genou; on en a très vite raison par le massage ; la douleur était si bien calmée qu'immédiatement après chaque séance d'extension forcée le malade pouvait marcher. Au bout de 8 à 10 séances, il n'y avait plus de craquements, ni de tuméfaction à la suite des manœuvres. Quinze jours après le début du traitement, le malade pouvait faire des promenades assez longues. Au bout de six semaines, il était complètement guéri et marchait aussi bien qu'avant l'accident du début. La claudication était à peu près imperceptible ; il ne restait plus qu'une flexion légère du corps à gauche. Le genou avait un aspect absolument normal ; l'atrophie des muscles de la cuisse avait disparu grâce un massage énergique, plus de traces de la myosite lombaire.

Quelques mois plus tard, je reçus une lettre très explicite de ce malade m'annonçant que le résultat obtenu existait toujours; qu'il ne lui restait plus qu'une très légère inclinaison du corps à droite.

### Obs. LXXII

*Raideur de l'articulation du genou consécutive à une tumeur blanche traitée et guérie par l'ignipuncture. — Flexion de la jambe sur la cuisse. — Pied bot varus équin. — Atrophie des muscles de la cuisse. — Extension et flexion forcées. — Massage. — Amélioration. — Interruption du traitement. — Perte partielle du résultat obtenu. — Extension forcée. — Immobilisation dans l'extension au moyen d'un appareil plâtré, laissé en place pendant un mois. Mouvements passifs. — Massage. — Guérison complète.*

Mlle D..., 9 ans, souffre du genou depuis deux ans et demi;

Sans cause connue la région s'est tuméfiée, est devenue rouge, chaude et douloureuse. Un chirurgien éminent de Paris, consulté à cette époque, porte le diagnostic ostéite tuberculeuse du condyle interne du fémur et de la tête du tibia. La marche est devenue de moins en moins facile. On prescrit l'immobilisation complète de la jambe, mais cette prescription n'est pas suivie à la lettre. Ignipuncture; à l'intérieur, huile de foie de morue. Le traitement local fut fait pendant six semaines (une ou deux séances par semaine).

L'effet a été extrêmement avantageux; les accidents inflammatoires ont disparu. Malheureusement la jambe se courbait peu à peu; à la fin, elle finit par former presque un angle droit avec la cuisse. De nombreux traitements institués à ce moment dans le but de redresser la jambe furent presque sans effet, elle commença à s'atrophier au bout de peu de temps; l'atrophie commença par les muscles du jarret et s'étendit très vite à ceux de la cuisse.

La première fois que je vis cette malade, je constatai que la rotule était un peu déviée en dehors, la jambe formait avec la cuisse un angle presque droit. L'extension est à peu près nulle, la flexion n'est pas beaucoup meilleure. Peu de tuméfaction du genou. Le condyle interne du fémur, sensiblement hypertrophié, fait une saillie d'autant plus marquée, que la cuisse est notablement diminuée de volume. Pas de douleurs spontanées ni au toucher; à la première séance il est impossible de redresser à moitié la courbure. La petite malade marche sur l'extrémité antérieure du pied; le talon ne touche pas le sol, cambrure exagérée de la région lombaire; cette cambrure cesse d'être apparente dans le décubitus dorsal. Après six semaines de traitement, la malade peut mettre le talon sur le sol, et s'appuyer sur la plus grande partie de la plante du pied. A chaque

séance, avant l'extension et la flexion forcée, je fais le massage du genou ; un peu de tuméfaction suit chaque fois le redressement ; on la fait aisément disparaître par l'effleurage. Au bout de sept semaines l'extension est étendue : on continua le traitement pendant trois semaines encore et tout faisait espérer que le résultat serait excellent; malheureusement je fus à ce moment obligé de quitter Paris pendant deux mois. A mon retour, on avait perdu à peu près le bénéfice du traitement antérieur : recommence le traitement. Six semaines suffisent pour étendre presque complètement la jambe mais les parents devant quitter Paris m'obligent à hâter la cure et, à cet effet, j'applique un appareil plâtré immobilisant la jambe dans l'extension. Quelques douleurs facilement supportables pendant les premières heures qui en suivirent l'application. Cet appareil fut laissé en place pendant quatre semaines; mais la malade marcha pendant tout ce temps. Lorsqu'on l'enleva, la tendance à la flexion contre laquelle on avait dû lutter pendant tout le cours du traitement n'existait plus. Pendant les semaines suivantes, on fit tous les jours le massage de la cuisse, en même temps des mouvements passifs furent communiqués à l'articulation dans le but de lui rendre sa souplesse. Cinq mois après la fin du traitement j'ai revu la petite malade, elle marche facilement sans claudication, ni fatigue; plus de raccourcissement de la jambe, plus d'atrophie des muscles de la cuisse.

## Obs. LXXIII

*Raideur de l'articulation du genou droit. — Flexion de la jambe sur la cuisse consécutive à un rhumatisme articulaire subaigu avec sciatique. — Myosite du moyen fessier. — Extension forcée. — Massage local. — Massage du moyen fessier. — Guérison.*

M. L..., 36 ans, pris brusquement de douleurs dans la région fessière droite. Cette douleur est si violente qu'on est obligé de transporter le malade en voiture à son hôtel. Bientôt elle s'accompagne de fièvre et de frissons, s'étend à toute la partie postérieure de la cuisse, est augmentée par le moindre mouvement. Lorsque je vis ce malade, je constatai de la tuméfaction de plusieurs articulations phalangiennes, de celle du genou droit ; autre tuméfaction au niveau de la bourse prérotulienne, de la patte d'oie, de l'articulation acromio-claviculaire. Le malade se tourne très difficilement dans son lit, il lui est impossible de se lever sur son séant. Douleur sourde, permanente, dans la région fessière, prenant un caractère paroxystique au moindre mouvement ; elle suit le trajet du sciatique jusqu'au creux poplité. De temps en temps, quelques douleurs dans la région péronière. Point lombaire très accusé. Massage sur le trajet du sciatique. Au bout de dix jours, plus de douleurs ni spontanées, ni à la pression sur le trajet du sciatique. En revanche, les manifestations articulaires notées au début sont devenues plus graves. Ce malade est atteint aujourd'hui d'une polyarthrite rhumatismale subaiguë. Refuse énergiquement le salicylate de soude.

Aussitôt après la disparition des accidents aigus, part pour

Luchon. Revient au bout de cinq semaines dans un état plus satisfaisant qu'au moment de son départ. Les jointures sont toujours tuméfiées et douloureuses. Pour raison d'affaires, il fut obligé de partir immédiatement pour l'Amérique. Je ne le revis qu'à la fin de 1884. Pendant son séjour en Amérique il avait eu recours à des médications nombreuses : hydrotérapie, électricité, galvanisme. Claudication prononcée, se fatigue extrêmement vite. Lorsqu'il est assis, ne peut se lever d'un seul coup ; une de ses jambes tremble et peut être étendue difficilement, mais lorsqu'elle l'est il marche sans trop de peine.

En l'examinant, je ne trouve rien de particulier du côté des articulations intéressées au moment de l'attaque de rhumatisme. La jambe forme avec la cuisse un angle de 145°. Indurations de différente forme et de différent volume dans l'épaisseur du moyen fessier, consécutives à une myosite chronique. Quand on exerce une forte pression à ce niveau, il éprouve une violente douleur ayant son maximum au niveau de l'attache du moyen fessier à la crête iliaque. Atrophie de la cuisse, particulièrement du triceps. Atrophie marquée du muscle intéressé. La jambe ne peut guère être étendue au delà de la limite indiquée; la flexion est presque normale. En faisant l'extension forcée (sur l'épaule), le malade accuse très peu de douleur dans la région du genou ; la douleur est au contraire très vive dans la partie postérieure de la cuisse.

L'extension obtenue par ce procédé a été satisfaisante, mais temporaire à chaque séance ; la partie postérieure de la cuisse devient le siège d'une tuméfaction qui s'étend du creux poplité à la limite du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen de la cuisse. La douleur était prononcée dans la même région ; on la faisait disparaître sans difficulté en pratiquant des frictions légères pendant une dizaine de minutes. Le malade marche aussi bien

qu'avant la séance. Pendant les quinze derniers jours du traitement ces phénomènes ne se reproduisent plus. Pas de réaction du côté du genou. Après un traitement de trois semaines, le malade marche déjà un peu mieux. Si la tuméfaction postopératoire était moins prononcée vers la partie inférieure de la cuisse, vers la cinquième semaine elle commence à se produire sur sa partie supérieure jusqu'à la tubérosité de l'ischion.

Après deux mois et demi l'extension complète de la jambe était possible; elle ne présentait plus de tendance à la flexion. Pendant assez longtemps on remarqua des sugillations le long des muscles biarthrodiaux; vers la fin, ces sugillations furent passagères. Pas de craquements. Le malade marche beaucoup mieux qu'au début, mais il reste malgré tout un peu de claudication. Pendant tout le traitement on a fait chaque jour le pétrissage du moyen fessier, ce muscle reprit son volume et sa consistance, sauf au niveau de ses insertions supérieures; celles-ci avaient diminué, mais n'étaient pas revenues encore à l'état normal. Je dus continuer pendant un certain temps le massage pour les faire disparaître.

Après le traitement, la claudication était à peine perceptible, le malade pouvait faire de longues promenades sans se fatiguer.

La flexion est normale. Je revois ce malade six mois plus tard, il est très satisfait de son état et se plaint seulement d'un peu de difficulté pour se lever lorsqu'il est assis. En pratiquant l'extension forcée pendant quinze jours, on fait complètement disparaître ce dernier accident. Il y a quelques mois, j'ai reçu une lettre de lui m'annonçant qu'il marchait aussi facilement qu'avant son attaque de rhumatisme.

## Obs. LXXIV

*Raideur et arthrite chroniques du genou droit consécutives à un rhumatisme subaigu. — Contracture des adducteurs fémoraux. — Massage du genou ; abduction forcée. — Guérison.*

M. A..., 46 ans, a éprouvé à plusieurs reprises des manifestations rhumatismales qui ont disparu sans laisser de traces. Dans le cours de l'automne de l'année 1883, le malade revenant de la chasse par un temps humide eut une poussée subaiguë, à la suite de laquelle il éprouva des douleurs presque continues, dans le genou, sur le trajet du long péronier latéral, dans tout le pied droit, à la partie interne des cuisses. Les accidents aigus furent traités par le salicylate de soude à l'intérieur et les badigeonnages iodés, *loco dolenti*. Lorsque je le vis pour la première fois en 1884, je n'observai rien de particulier du côté du pied. Le genou droit avait repris ses caractères ordinaires. Le genou gauche était tuméfié et douloureux à la pression, il était le siège d'un épanchement très marqué ; on constatait en même temps une légère courbure dans la région du genou. L'abduction des deux cuisses est impossible, le malade se plaint surtout de ne pouvoir écarter les jambes ; cette difficulté paraît tenir à une contracture des adducteurs des deux côtés, surtout du long adducteur.

Massage du genou, au bout de quinze jours la douleur et l'épanchement ont diminué. Abduction forcée des deux jambes. La douleur est plus vive que dans les extensions ou les flexions forcées; heureusement que le malade, très courageux, la supportait bien ; il remarquait qu'après chaque séance la marche était plus facile qu'auparavant. Je lui conseillai de faire dans l'intervalle des séances des exercices destinés à en aug-

menter les effets, c'est-à-dire de se tenir le plus longtemps possible debout les deux jambes écartées; puis de faire dans cette position des mouvements d'abaissement du tronc aussi rapides que possible. Au bout de deux mois la guérison du genou était complète; mais l'étendue de l'abduction laissait toujours à désirer. Je continuai l'abduction forcée pendant quatre semaines. A ce moment tout avait disparu, le malade pouvait écarter les jambes sans gêne, se mettre à cheval sur une chaise. Continue pendant quelque temps à faire l'exercice indiqué plus haut. Pas de récidive.

### Obs. LXXV

*Raideur de l'articulation du genou consécutive à une arthrite rhumatismale. — Atrophie des muscles de la cuisse; jambe dans la demi-flexion. — Marche à peu près impossible. — Flexion complète impossible. — Massage. — Guérison.*

M. G..., 38 ans. Attaques successives de rhumatisme subaigu ayant intéressé différentes jointures. Il y a deux ans, le genou gauche se tuméfie et devient douloureux; on applique des sangsues; au bout de huit à dix jours tout est passé. L'inflammation a reparu à diverses reprises sans cause appréciable. Depuis plus d'un an, le genou s'est tuméfié de nouveau; depuis dix mois environ la tuméfaction est restée à peu près stationnaire; en même temps une atrophie manifeste de différents muscles de la cuisse s'est développée; la cuisse a diminué notablement de volume, les muscles sont devenus plus flasques et plus grêles. Souffre aux changements de temps, surtout à l'approche de la neige.

La douleur disparaît en grande partie pendant la nuit, dort bien; lorsqu'il est resté longtemps assis, éprouve de sérieuses

difficultés pour se remettre en marche. Il est obligé de se reposer aussitôt qu'il a fait quelques pas. Depuis plusieurs mois la douleur a journellement diminué; malgré tout, pour une course assez longue, il est obligé de se faire conduire dans une voiture à bras. La douleur siège au genou, sur les côtés de la rotule et le long de son bord supérieur, on dirait que cette région est serrée par un lien de fer. C'est cependant plutôt une sensation pénible et continue qu'une douleur aiguë. On n'en provoque qu'en pressant avec énergie sur ces régions.

Frictions, onctions locales avec des préparations de toute sorte sans effet. Cataplasmes, badigeonnages iodés, vésicatoires, ventouses, sans avantage. Hydrotérapie. Bains de vapeur, saison aux eaux d'Argovie, etc. La jambe droite, obligée de porter constamment à elle seule le poids du corps se tuméfie à son tour. Je vois ce malade au mois de juillet 1885 pendant les premiers temps de mon séjour à Ragatz. Gonflement œdémateux périarticulaire du genou, avec augmentation de volume des condyles fémoraux surtout du condyle interne. Tuméfaction surtout marquée au-dessous de la rotule. Pas de fluctuation. Cuisse amaigrie, la jambe fait avec la cuisse un angle de 140°. Extension absolument impossible. Il faut déployer une certaine énergie pour imprimer à la jambe une extension notable. Dans les tentatives d'extension forcée, on entend distinctement un craquement et le malade éprouve une douleur vive au-dessous du genou. La flexion peut aller dans ces conditions jusqu'à l'angle droit; douleur dans toute l'articulation, surtout dans le jarret. Pendant une quinzaine de jours, j'ai recours à l'extension seule, puis à la flexion. Pendant les premières semaines, la réaction fut intense à la suite de chaque séance ; plus tard, le traitement fut mieux supporté. Il fut terminé au bout de deux mois et demi.

A cette époque, le malade pouvait faire,sans fatigue ni claudi cation,de longues promenades à pied.

L'extension et la flexion étaient normales et la tuméfaction périarticulaire avait disparu.

Dans plusieurs autres cas nous avons pu traiter avec le même succès des raideurs des différentes articulations du pied. En voici quelques observations.

### Obs. LXXVI

*Raideur de l'articulation tibio-tarsienne droite.— Arthrite chronique. — Extension, flexion, rotation forcées. — Massage. — Guérison.*

T..., 29 ans. Il y a trois ans, rhumatisme subaigu, salicylate de soude. Bains chauds, électricité, galvanisme. La tuméfaction disparut peu à peu sans laisser de traces ; la marche est pourtant sérieusement entravée ; elle n'est accompagnée ni de douleur, ni de fatigue. S'il marche un peu, la jambe et le pied lui semblent très lourds ; il éprouve une sensation singulière d'engourdissement, comme s'il avait, dit-il, une jambe de bois ; il est mieux aussitôt qu'il se couche. Peu à peu la mobilité du pied a diminué. Tuméfaction au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et du tendon d'Achille, un peu de fluctuation au même niveau.

Pas de douleurs spontanées, sauf aux changements de temps et après une marche assez longue ; alors, points douloureux derrière les malléoles du côté droit avec irradiation dans le triceps sural. Tuméfaction sur le trajet du long péronier et douleur au même niveau. La marche sur un terrain incliné est extrêmement difficile. Extension et surtout flexion

très limitées. Mouvements de circumduction très limités. Massage. Extension, rotation, flexion forcées. Presque pas de réaction.

La tuméfaction disparut peu à peu, au bout de six semaines, la marche redevint libre. M'a écrit depuis qu'il pouvait gravir sans fatigue les pentes rapides.

## Obs. LXXVII

*Raideur de l'articulation tibio-tarsienne consécutive à une entorse. — Extension, flexion, rotation forcées. — Guérison.*

M. J..., 46 ans, cultivateur. Il y a quatre ans, tombe d'une échelle, eut à ce moment la sensation que quelque chose se déplaçait dans le pied droit. Tuméfaction immédiate considérable, sugillations de la peau, chaleur et douleur. Garde le lit pendant trois semaines. Au bout de ce temps peut marcher en s'appuyant sur une canne. Tous les jours pendant quinze jours, pointes de feu ; pas de résultat. En 1882, fait une saison dans une station thermale : on administre des douches chaudes sur le pied en même temps qu'on a recours au massage et aux mouvements passifs. Ce traitement ne fut suivi d'aucuen amélioration. Au contraire, à son retour, la raideur avait tellement augmenté que les moindres mouvements étaient difficiles. Voici l'état du malade au mois de mars 1885 : Marche difficilement en s'appuyant sur une canne. Toute la région tibio-tarsienne est le siège d'une tuméfaction assez dure ; elle est surtout prononcée dans la région de la malléole externe. Pas de fluctuation nette, un peu de sensibilité à la pression.

La flexion est limitée : l'extension l'est davantage. Dans les tentatives d'extension passive du pied, on éprouve bientôt une

résistance assez accusée, lorsqu'on veut la prolonger au delà de l'angle droit; cette tentative est accompagnée d'un craquement.

La rotation surtout du côté droit est notablement diminuée. Atrophie prononcée des muscles de la jambe et surtout du jarret. L'extension et surtout la flexion forcée sont très douloureuses, de telle sorte que, les premiers jours du traitement, le malade les supporte mal, plus tard la douleur est beaucoup moindre, il n'y a plus, comme au début, de sugillations sanguines sur la face dorsale du pied; après deux mois et demi de traitement, le malade a regagné la plus grande partie du mouvement qu'il avait perdu. Il péut étendre son pied sans difficulté, la flexion se fait bien. La rotation et les mouvements de latéralité ne laissent rien à désirer.

La marche n'est ni gênée ni accompagnée d'une grande fatigue.

Massage énergique des muscles et des articulations. Plus de tuméfaction.

## Obs. LXXVIII

*Raideur des articulations phalangiennes des orteils des deux côtés consécutives au rhumatisme chronique. — Déformation en griffe. — Extension forcée. — Massage. — Guérison.*

M. L..., 44 ans, capitaine au long cours. Je vois ce malade pour la première fois au mois de décembre 1882. A ce moment, présente différentes manifestations rhumatoïdes, les plus anciennes remontent à cinq ans. Infiltration œdémateuse des deux genoux, épanchement de sérosité dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, dans une des bourses séreuses du creux poplité, des indurations inflammatoires du muscle

moyen fessier du côté droit. Je finis par avoir raison de tout à la suite d'un traitement assez long. Je revis le malade, au mois de mars 1885, il n'a eu de récidives pour aucun des accidents traités ; seulement, il éprouve depuis quelque temps des douleurs peu marquées du pied gauche ou du voisinage avec un peu de tuméfaction des phalanges des orteils ; la marche est difficile, de telle sorte qu'il ne peut faire une promenade sans se reposer de temps en temps.

A ce moment, je constate non sans étonnement que les quatre derniers orteils sont fortement fléchis ; que cette difformité a atteint un tel degré dans le second et le troisième que, pendant la marche, c'est leur face dorsale qui touche le sol. Les articulations phalangiennes sont fortement tuméfiées ; on provoque de la douleur en pressant au-dessus d'elles. Les tendons des fléchisseurs font saillie vers la plante du pied, ils semblent tuméfiés et légèrement endoloris. La mobilité des doigts est très faible ; résistance assez forte à l'extension forcée. Au bout de dix semaines, l'extension des orteils est suffisante pour que le malade puisse marcher sans la moindre difficulté.

### Obs. LXXIX

*Raideur des articulations phalangiennes des orteils consécutive au rhumatisme blennorrhagique. — Massage. — Extension et flexion forcées. — Guérison.*

M. D... Il y a quelques années, arthrite blennorrhagique du genou droit. Autre arthrite de même nature au mois de novembre 1884 ; les articulations phalangiennes du pied du même côté sont également prises. A la suite de la première attaque il n'est resté qu'une raideur articulaire légère et facile à vaincre. Après la seconde, les orteils sont restés rigides. Au mo-

ment où je vois pour la première fois ce malade, je constate que la deuxième phalange du troisième orteil est fortement déviée vers le dos du pied, tandis que l'extrémité est infléchie vers la face plantaire. Les articulations correspondantes sont tuméfiées, mais non douloureuses à la pression. La mobilité est limitée, soit dans l'extension, soit dans la flexion. Avant de rectifier la direction de ces orteils, nous faisons le massage. L'extension et la flexion forcées sont très douloureuses, mais suivies d'une réaction très faible. Ce malade peut marcher sans difficulté immédiatement après l'application du procédé. Au bout de neuf semaines, la déviation est presque corrigée, la marche n'est plus entravée.

## § 6. — MASSAGE DANS LES HYGROMAS ET LES AFFECTIONS DES BOURSES SÉREUSES SOUS-MUSCULAIRES ET SOUS-CUTANÉES.

Le massage est indiqué dans l'hygroma, au même titre que dans l'hydartrose chronique ; nous n'avons pas eu jusqu'ici l'occasion de l'appliquer dans celui du genou et la plupart des travaux que nous avons consultés ne disent rien sur ce sujet.

L'hygroma du genou est une affection professionnelle, on pourrait presque l'appeler la maladie des raboteurs de parquets. La plupart des individus qui en sont atteints ne s'en inquiètent que tard, quand ils sont gênés ; dès qu'une interruption de travail devient nécessaire, ils entrent à l'hôpital et sont traités par les moyens classiques : la compression,

les badigeonnages iodés, parfois l'incision. C'est probablement pour cela que les observations sont si rares.

Voici la relation d'un cas d'hygroma de la bourse séreuse poplitée que j'ai traité.

Ces hygromas sont plus fréquents qu'on ne serait disposé à le croire. Ils sont le plus souvent de nature rhumatismale et compliquent les arthrites du genou. Dans tous les cas que j'ai eu l'occasion de traiter, j'ai obtenu une guérison complète. Dans l'observation suivante, je me suis trouvé en présence de difficultés considérables, parce que la bourse séreuse poplitée communiquait avec la synoviale du genou ; malgré cela j'ai pu arriver à une guérison complète.

Obs. LXXX.

*Hygroma d'une bourse séreuse poplitée et communication avec l'articulation du genou : — Dérivation, immobilisation. Insuccès. — Massage. — Guérison.*

Mlle T., 25 ans, américaine, actrice. Depuis 1879, difficulté pour marcher et tuméfaction du genou gauche. En Amérique on l'a traitée par l'immobilisation. A gardé le lit pendant 6 mois ; de temps en temps, applications de teinture d'iode. Plus tard on la laisse marcher mais on fait appliquer une bande de caoutchouc enveloppant la jambe depuis l'extrémité des orteils jusqu'au dessus du genou. Cet appareil a été porté

pendant plus de 6 mois. Deux ans plus tard apparition presque brusque de la tuméfaction actuelle; la malade raconte que, quand elle était en scène, elle sentit son genou augmenter subitement de volume. La douleur accompagnant cet accident fut si forte qu'elle dut quitter brusquement la scène. La tuméfaction moins prononcée que la première fois diminua au bout de 3 semaines et après ce temps. Bien que n'étant pas tout à fait guérie, la malade put jouer de nouveau. Vers la fin de 1882, le même accident reparaît, cette fois elle quitte définitivement le théâtre et vient à Paris pour se faire soigner. Application de teinture d'iode, pommade rubéfiante, immobilisation relative ; comme le résultat obtenu n'est pas satisfaisant, on prescrit pendant 6 semaines l'immobilité absolue avec un bandage roulé entourant toute la jambe. Pointes de feu au niveau du genou, en avant et en arrière. Ces médicaments n'ont exercé presque aucune influence; un séjour à Aix-les-Bains ne réussit guère mieux.

Je vis cette malade pour la première fois au commencement de l'année 1883. C'est une personne de constitution robuste ; ne boîte presque pas quand elle commence à marcher, mais lorsqu'elle a fait cent mètres tout au plus elle est fatiguée. Le genou est raide comme s'il était pris dans un étau. Cette sensation est plus marquée en arrière dans la région poplitée. L'extension de la jambe est libre, mais la flexion, même légère, est douloureuse, de telle sorte qu'elle peine beaucoup en montant les escaliers.

L'examen du genou ne montre rien d'anormal sauf un peu de relâchement de la capsule. Dans le creux poplité, tumeur faisant une saillie du volume d'une grosse noix, et correspondant à la partie médiane ; elle est nettement fluctuante. On la fait complètement disparaître par la pression ; mais en

même temps il se produit une tuméfaction manifeste de tout le genou. Je diagnostique un hygroma de la bourse séreuse poplitée largement en communication avec la cavité articulaire. Je ne puis dire s'il existait quelque chose du côté de la synoviale elle-même.

Dans cette incertitude je fis porter le massage sur la bourse séreuse et directement sur la jointure. Au début les résultats furent insignifiants; après 7 semaines de traitement seulement je pus constater une légère diminution du liquide. Depuis lors l'amélioration suivit une marche régulière et progressive. Est rentrée au théâtre. Pas de récidive. J'ai eu de ses nouvelles par sa sœur qui habite Paris, au mois de mai 1889 ; la guérison s'est intégralement maintenue.

Nous avons vu et traité à plusieurs reprises une affection comparable à l'hygroma au point de vue anatomo-pathologique. Il y a pourtant entre les deux cette différence que la seconde n'est point professionnelle ; qu'on la trouve à tout âge, dans toutes les classes de la société ; que son origine, le plus souvent traumatique, peut être spontanée. Elle est aiguë ou chronique ; elle est douloureuse et produit une gêne des mouvements du bras assez prononcée pour constituer une véritable infirmité ; nous voulons parler de l'inflammation de la bourse muqueuse sous-deltoïdienne.

Dans un travail sur la *Luxation du tendon de la longue portion du biceps huméral*, publié en 1867, Jarjavay faisait observer qu'à la suite des contusions

de l'épaule et des torsions du bras, on a fréquemment une inflammation de la bourse séreuse sous-acromiale ; cette phlegmasie, ayant un caractère aigu, a pour symptômes principaux un gonflement du moignon de l'épaule ; une douleur qui gêne les mouvements du bras, les empêche parfois[1]. Ce travail était resté à peu près inaperçu, lorsqu'en 1872, M. Duplay, qui avait pu vérifier par lui-même l'exactitude de l'opinion de Jarjavay, décrivit une forme chronique de la maladie.

« L'affection, disait cet auteur, est extrêmement commune, et il ne se passe guère de mois sans qu'on ait l'occasion d'en observer quelques cas à la consultation d'un des grands hôpitaux de Paris. Malgré cette fréquence, la périarthrite de l'épaule me paraît assez mal connue, ou du moins je ne sache pas qu'elle ait été complétement décrite jusqu'à ce jour, et qu'on ait rigoureusement déterminé sa nature et le mode de traitement qui lui convient[2]. »

Après avoir étudié longuement l'anatomie pathologique et les symptômes, discuté le diagnostic et les méthodes de traitement, M. Duplay résumait ce qu'il avait vu dans les conclusions suivantes :

1. *Gaz. méd.*, 1867, 2e série, t. IV, p. 325.

2. De la périarthrite scapulo-humérale et des raideurs de l'épaule qui en sont la conséquence. *Arch. gén. de médecine*, 6e série, t. XX, nov. 1872, p. 513.

« 1° Les traumatismes directs ou indirects de l'épaule sont très fréquemment suivis d'une inflammation des tissus qui entourent l'articulation scapulo-humérale ; cette périarthrite, en se localisant plus particulièrement dans la bourse séreuse sous-acromiale et dans le tissu cellulaire sous-deltoïdien, détermine l'épaississement, l'induration du tissu cellulaire et des parois de la bourse sous-acromiale, la formation d'adhérences, de brides fibreuses, qui gênent ou empêchent complètement le glissement de l'extrémité supérieure de l'humérus au-dessous de la voûte acromiale et de la face profonde du deltoïde.

» 2° Cette périarthrite se distinguera d'une affection intra-articulaire par l'absence de déformation, de gonflement ; celui-ci, lorsqu'il existe à la période aiguë, n'occupe que les moignons de l'épaule. La périarthrite se caractérise par les symptômes suivants :

» *a*. Gêne des mouvement de l'épaule, quelquefois assez marquée pour que le bras ne puisse atteindre l'horizontale. Dans tous les mouvements, on peut s'assurer que les rapports de l'humérus avec l'omoplate ne changent pas et que ce dernier os bascule autour de ses articulations claviculaires. Dans quelques cas, ces mouvements s'accompagnent de crépitation.

» *b*. Douleurs provoquées par les mouvements et siégeant, non pas au niveau même de l'articulation, mais au-dessous de l'acromion, au niveau des atta-

ches de l'apophyse coracoïde. Parfois, sensation de fourmillement, d'engourdissement le long du bras, de l'avant-bras et de la main.

» *c*. Quelquefois demi-flexion de l'avant-bras, dont l'extension s'accompagne de douleur au pli du coude et au voisinage de l'apophyse coracoïde.

» 3° La périarthrite de l'épaule doit être évitée avec soin à son début si l'on veut éviter les raideurs qui en sont la conséquence. La gymnastique du membre, l'électricité, les douches, le massage, constituent le meilleur traitement.

» 4° Lorsque l'on a affaire à la périarthrite chronique, le seul moyen de procurer une guérison rapide et complète, c'est de rompre de vive force en une seule séance les adhérences et les brides fibreuses. Pour cette opération, qui peut à la rigueur être répétée si le résultat obtenu n'est pas satisfaisant, le chloroforme est indispensable.

» 5° Enfin, après la rupture des adhérences, il faut soumettre pendant quelque temps le malade aux mêmes moyens qui ont été précédemment indiqués : gymnastique, électricité, douches, massage, jusqu'à ce que l'épaule ait recouvré l'intégrité de ses mouvements. »

Quelques années plus tard, l'attention d'un de mes compatriotes, M. Wretlind, était attirée sur un complexus symptomatique mal décrit dans les livres clas-

siques ; il s'agissait d'une sorte de fausse ankylose de l'épaule, ordinairement d'origine traumatique à la suite de laquelle la plupart des mouvements, surtout celui d'élévation, étaient notablement gênés. Après en avoir observé un assez grand nombre de cas, après en avoir traité quelques-uns avec succès par le massage, l'auteur finit par se rappeler qu'il avait lu naguère dans un journal hebdomadaire de Copenhague l'analyse d'un mémoire français qui parlait de quelque chose d'analogue. Ce travail était probablement celui de M. Duplay ; Wretlind, qui publiait simplement des notes écrites sur les faits qu'il avait observés n'a pas cité son nom, mais il a adopté sa manière de voir et il attribue comme lui l'ensemble des manifestations à une inflammation de la bourse muqueuse sous-deltoïdienne [1].

« Avant d'abandonner les maladies des articulations, dit-il, je dirai quelques mots d'une affection de l'épaule qui n'est pas rare mais que souvent les médecins ne voient pas ou qu'ils méconnaissent ; de telle sorte que l'articulation peut devenir moins utile qu'elle ne devrait l'être. J'ai vu souvent de tels cas ; beaucoup étaient très anciens. Comme ils semblaient incurables, on ne les traitait point. J'en ai soigné quelques autres, soit avant que la méthode du massage fût connue, soit depuis. Ces maladies surviennent après

1. *Eira*, 1877, nº 23.

des luxations, après des entorses de l'épaule, des chutes ou des coups sur la région, parfois après des douleurs rhumatoïdes ou sans cause connue. Elles produisent de la raideur, la mobilité est diminuée partout en haut et en arrière.

» Le malade lève difficilement le bras ; il est très gêné pour mettre ses habits et réussit difficilement à porter la main surtout par sa face palmaire jusqu'à la colonne vertébrale. Il n'éprouve de douleurs dans l'épaule que pendant les mouvements ou les efforts et croit, souvent d'après ce que lui a dit le médecin, que son bras est en partie paralysé ou ankylosé ; ce n'est pas le cas. Tous les muscles fonctionnent et le malade peut faire des mouvements actifs presque aussi étendus que les mouvements passifs imprimés au membre. A un examen superficiel, il semble que l'affection est constituée essentiellement par une adhérence anormale du bras à l'omoplate, parce que cet os suit plus rigoureusement qu'à l'état normal tous les mouvements du bras. En examinant avec un peu plus de soin, on s'aperçoit que le membre peut être élevé activement ou passivement, sans que l'omoplate prenne part à ce mouvement ; de plus, on ne provoque pas la moindre douleur ; l'omoplate commence à suivre le mouvement du bras en haut quand celui-ci s'élève au-dessus du plan horizontal.

» Dans ces conditions, le bras ne peut se mouvoir

librement de côté au delà d'un angle de 20 à 30 degrés.

» Tout ceci montre qu'il n'y a point d'adhérences anormales dans l'articulation. Il n'y a ni œdème, ni induration de voisinage ; on ne trouve pas autre chose que la sensibilité sur une surface de 1 cent. carré entre la clavicule et l'acromion.

» Cette maladie, ajoute l'auteur, me paraissait très difficile à expliquer. Il y a quelques années, j'ai lu dans l'*Ugeskrift for Laeger* l'analyse d'un travail français sur ce sujet. L'auteur la considère comme une inflammation de la bourse muqueuse placée entre le deltoïde et la capsule articulaire.

» Par suite de cette phlegmasie, il peut se faire entre eux des adhérences capables d'entraver les mouvements, opinion fondée sur des recherches anatomo-pathologiques. Je n'ai pas eu l'occasion d'en faire moi-même, malgré cela elle me paraît vraisemblable ; dans le cas en question, mon traitement a consisté en tapotements ou frictions autour de l'articulation, en mouvements actifs et passifs énergiques. »

Nous avons vu nous-mêmes des faits analogues à ceux dont avaient parlé MM. Jarjavay et Duplay. Il paraît même que l'inflammation décrite par eux n'est pas toujours secondaire et d'origine traumatique ; elle peut se développer spontanément sous l'influence d'une cause générale, le rhumatisme probablement.

L'observation qu'on va lire avait pour sujet une

dame très intelligente, déjà traitée par le massage pour une maladie du genou. L'épaule se prit pendant la nuit ; elle fut réveillée par une violente douleur accompagnée de fièvre et de difficulté des mouvements ; tout cela s'était développé spontanément, sans qu'il y eût eu ni choc, ni effort d'aucune espèce.

### Obs. LXXXI

*Inflammation aiguë de la bourse sous-deltoïdienne droite. — Massage. — Guérison.*

Mme X., traitée auparavant par le massage d'une affection chronique du genou, est prise tout à coup pendant la nuit, au mois de juin 1880, d'une douleur extrêmement vive dans la région de l'épaule droite ; douleur accompagnée de légers frissons. Chaque tentative faite pour remuer le bras en augmente l'intensité. Bras pendant le long du tronc ; la malade n'osait se hasarder à faire les moindres mouvements tant ils étaient pénibles. L'élévation ne pouvait aller jusqu'à l'horizontale. Dans la région on trouvait un gonflement prononcé partout dans la partie antérieure et externe. C'est au point où la tuméfaction avait son maximum que la douleur était aussi la plus vive ; il y avait au même niveau une fluctuation parfaitement distincte. Dans l'élévation du bras, la tumeur diminuait de volume, mais elle devenait plus dure et plus résistante.

Rien du côté de l'humérus, ni de la capsule articulaire. En introduisant les doigts dans l'aisselle, il est impossible de trouver la moindre distension de la capsule même quand l'autre main embrassant l'épaule exerce une distension en bas. La fièvre et la douleur enlevaient tout sommeil à la malade. L'af-

fection semblait spontanée ; il n'y avait eu ni traumatisme ni efforts.

On arrivait facilement, en tenant compte des troubles fonctionnels, du siège de la tuméfaction et de la douleur, à localiser la maladie dans la bourse séreuse sous-deltoïdienne. Une séance de massage par jour ; après la sixième il y avait déjà une amélioration très notable : la malade dormait plusieurs heures par nuit; en même temps les mouvements du bras étaient plus étendus et plus faciles ; l'élévation pouvait être portée jusqu'à l'horizontale. Les mouvements d'avant en arrière étaient presque normaux.

La guérison fut complète au bout de dix jours ; les mouvements du bras étaient absolument libres et indolents.

Dans le cas qui va suivre, au contraire, la maladie était essentiellement chronique ; les moyens ordinaires n'auraient rien pu contre elle.

### Obs. LXXXII

*Inflammation chronique de la bourse séreuse sous-deltoïdienne droite datant de trois ans. — Massage. — Guérison.*

Mme X., 54 ans, atteinte depuis douze ans d'une affection qu'elle croyait rhumatismale. Élévation du bras très pénible ; ne peut se peigner. Massage, mouvements actifs et passifs ; après deux mois et demi de traitement, la malade pouvait se servir assez bien de son bras pour faire son ménage. L'amélioration s'est maintenue.

Nous terminons par une dernière observation empruntée à Wretlind et dans laquelle le massage, com-

biné aux mouvements actifs et passifs, comme le recommande M. Duplay, donna encore un éclatant succès :

### Obs. LXXXIII

*Contusion de l'épaule. — Inflammation chronique de la bourse sous-deltoïdienne. — Massage. — Guérison.*

E. L., 65 ans; vient me trouver le 17 avril 1874 pour une douleur de l'épaule. Ce malade qui avait toujours été bien portant, est tombé d'un escalier à l'époque de Noël, de telle sorte que le dos et l'épaule ont porté. Depuis ce moment, il a toujours éprouvé de la raideur et de la douleur dans les deux articulations de l'épaule. Le bras ne saurait être élevé au delà d'un angle de 45° et l'omoplate suit les mouvements du bras. Dans les mouvements passifs, on peut porter le bras droit jusqu'à l'horizontale, mais le gauche ne peut être élevé aussi haut. Le droit peut être porté un peu en avant, le gauche, non. Le malade ne peut toucher sa tête avec ses mains sans l'abaisser fortement. Des deux côtés il éprouve une vive douleur au point en question. Il y a également de la sensibilité de l'épaule en arrière de la jointure. Le traitement fut celui que l'on a indiqué plus haut.

21 avril. Le bras droit peut être élevé jusqu'à 100, le gauche jusqu'à 90°.

29. Le bras droit peut être élevé activement à 130°, le gauche à 100.

15 mai. L'élévation du bras droit est aussi complète que possible, le bras gauche peut être élevé jusqu'à 130°. La douleur pendant le massage est notablement diminuée.

30 mai. Les deux mains peuvent être portées aussi haut que possible sans la moindre difficulté ; elles peuvent toucher les dernières côtes dans toute leur étendue. Plus de sensibilité au voisinage de l'épaule.

## CHAPITRE V

### Massage dans les fractures

§ 1. — Indications générales. Utilité du massage.

*Les premiers qui ont conseillé ce mode de traitement. — Dans quelles conditions on faisait d'abord le massage. — Traitement systématique par la mobilisation précoce et le massage. — Ses avantages dans un cas de fracture non-consolidée.*

Le chapitre consacré aux fractures dans la première édition de cet ouvrage, en 1884, renfermait des nouveautés assez audacieuses; il paraîtrait singulièrement vieilli, si je le reproduisais tel qu'il fut écrit. En 6 ans, ce qui semblait un paradoxe est devenu une réalité thérapeutique. A toutes les époques on s'était dit que l'immobilisation rigoureuse et prolongée, appliquée au traitement de certaines fractures, pouvait avoir des inconvénients pour le fonctionnement ultérieur de la jointure la plus voisine. A. Paré, J. L. Petit, Warner, Camper, Flajani, Ravaton, Morel Lavallée, etc., avaient proposé des moyens plus ou moins compliqués, plus ou moins rationnels pour prévenir les ankyloses secondaires. Leur

utilité était si peu admise que beaucoup de chirurgiens de notre temps n'en voulaient pas entendre parler. M. Verneuil avait trouvé un néo-hellénisme plaisant pour caractériser la frayeur de deux qui se défiaient trop des procédés classiques ; il l'appelait ankylophobie. Le 12 avril 1880, il fut question à la Société de Chirurgie des avantages de la mobilisation précoce dans le traitement de certaines fractures ; M. Desprès rapporta un fait destiné à les montrer : M. Verneuil répondait que l'on avait tort d'attribuer à l'immobilisation les ankyloses secondaires, qu'elles tiennent tout simplement à la formation d'un cal fibreux.

La discussion qui s'engagea à ce propos montra que les chirurgiens étaient loin de s'entendre sur les principes du traitement rationnel des fractures : MM. Marc Sée et Lannelongue partageaient l'avis de M. Verneuil, et voulaient absolument qu'on immobilisât toujours, MM. Lucas-Championnière et Marjolin étaient beaucoup moins convaincus ; ils admettaient avec M. Desprès que dans certains cas au moins on pouvait s'écarter de la règle générale. A l'étranger les mêmes questions avaient été soulevées. Menzel de Trieste avait proposé de faire des mouvements passifs tous les deux jours dans les fractures du radius, Starke avait mobilisé de bonne heure dans les fractures du radius et du péroné ; Schede procédait de la même manière pour les fractures humérales.

Il n'avait pas encore été question sérieusement de massage; on n'en avait parlé que d'une manière accidentelle. « En 1866, dit le Dr Léonardon-Lapervenche, Bizet l'emploie pour le diagnostic de celles qui sont accompagnées d'épanchements sanguins. Après la disparition de ces accidents, on perçoit plus nettement la crépitation et la discontinuité de l'os. Il signale ce moyen comme très utile pour combattre les raideurs articulaires consécutives et dit qu'il peut prévenir la thrombose et l'embolie. Enfin pour les fractures situées non loin des articulations et compliquées d'entorse, ce chirurgien militaire n'hésite pas à distinguer par le massage l'épanchement intra ou extra-articulaire, car là même où l'on soupçonne une lésion osseuse, le massage, dégageant l'inconnue, ne sera pas nuisible. » Et il ajoute : Si le massage ne vient pas en aide au diagnostic, il sert manifestement d'aide puissant au traitement dont il abrége la durée par une action prompte et incontestable. Estradère avait également parlé du massage dans les fractures, mais en termes assez vagues. « Une fois le cal formé, disait-il, et dès que l'on a attendu un temps suffisant pour ne pas craindre de le détruire par des manipulations qu'on doit faire en massant, on peut se livrer à quelques manipulations douces d'abord, puis de plus en plus complètes et enfin arriver à tous les mouvements de la

partie fracturée avant de permettre au malade d'en exécuter à lui seul. Quelle heureuse influence ne pourra-t-on pas retirer d'un massage très sagement fait ! Par lui toutes les fonctions du membre fracturé recevront une stimulation nouvelle, et la vie végétative se maintenant dans cette partie privée de son activité primitive et nécessaire à sa conservation, sera à l'abri des conséquences ennuyeuses, sinon dangereuses, du repos trop prolongé.

» Je dis même plus : l'activité des fonctions générales du membre excitera la vitalité de l'os ; la régénération osseuse pourra en être influencée, et le cal se faire plus rapidement, en même temps que plus solide. »

On a proposé d'utiliser le massage à une époque beaucoup plus rapprochée de l'accident.

« Dans les cas où il existe une fracture, dit Podrazky à propos de la luxation tibio-tarsienne, un ou deux massages n'auront pas d'inconvénient ; ils ne pourront être qu'avantageux pour la consolidation de la fracture surtout dans les cas où les fragments sont écartés par un épanchement. » Après avoir cité ce passage j'ajoutais :

Si un ou deux massages sont avantageux, rien ne prouve qu'en appliquant la méthode avec plus d'énergie et de persévérance on n'arriverait pas à un résultat satisfaisant ; malheureusement elle n'est pas com-

patible avec la nécessité de l'immobilisation absolue, admise par presque tous le monde dans le traitement des fractures. Nous nous retrouvons en présence de la même controverse doctrinale que dans la thérapeutique des arthropaties. L'indication fondamentale pour le traitement de toute solution de continuité du système osseux, c'est de favoriser par tous les moyens possibles la réunion, c'est-à-dire la formation d'un cal solide ; les mouvements, les pressions, le simple effleurage sont autant de circonstances que l'on doit éviter ; le type idéal d'un bon appareil à fracture c'est un manchon fermé qui maintient rigoureusement immobiles dans une situation convenable les deux fragments osseux. Est-il démontré que le massage bien fait dès l'origine entrave la consolidation? Nullement. Peu de chirurgiens préconisent le placement précoce d'un appareil sur un membre tuméfié ; l'immobilisation immédiate de fragments déplacés et séparés par une masse de sang plus ou moins abondante. La plupart mettent un appareil d'attente et laissent à la nature le soin de faire disparaître les accidents primitifs avant d'établir une contention pour longtemps. Il nous semble qu'il est tout naturel de l'aider et de hâter la résorption des liquides nuisibles. Ce que nous avons obtenu dans les hémartroses traumatiques, dans les phlegmasies articulaires accompagnées d'épanchement, nous pouvons l'obte-

nir ici sans plus d'inconvénients que dans le premier cas. Le massage est donc indiqué comme médication précoce capable de servir d'introduction à une autre et de lui frayer la voie.

Il est indiqué même à une autre époque ; cette règle de la contention absolue est sujette à bien des exceptions ; son application rigoureuse a des inconvénients graves, dans des cas de pratique journalière.

Cette reconnaissance des inconvénients d'une méthode largement répandue était un progrès, sans doute, mais un progrès tout négatif. Existait-il un moyen de les pallier ? Peut-on formuler à propos de l'application méthodique du massage et des mouvements passifs dans ces cas de règles qui puissent servir de *vade-mecum* à tous les praticiens ; que tous puissent s'en servir sans crainte et sans remords, certains d'avance que les patients ne paieront pas les frais de tentatives nouvelles ? On a essayé.

M. Bruberger donne les préceptes suivants relativement à l'application du massage dans les fractures : « Après le premier examen, on comprime la région de la fracture par une bande en caoutchouc, qu'on laisse en place une demi-heure, 2 ou même 4 heures, suivant la commodité du malade. Après l'avoir enlevée, on masse de manière à pousser l'extravasat sanguin dans la direction des voies lymphatiques ; on le fait ainsi très vite disparaître, les limites des frag-

ments se dessinent, et il est possible d'entreprendre la réduction. Quand on emploie des appareils plâtrés, rigides et fermés, on néglige souvent un facteur important dans la guérison du cas, les mouvements passifs, parce que l'on craint de produire de violentes douleurs [1]...

Nous pouvons donc dire, sans spécification de région, que le massage est utile à deux époques dans le traitement des solutions de continuité du système osseux. 1° Au début, parce qu'il favorise la résorption de l'épanchement sanguin ou séreux; parce qu'il diminue la tuméfaction et la sensibilité locale ; 2° après l'enlèvement de l'appareil. C'est avec lui seulement qu'on peut avoir raison d'impotences fonctionnelles résultant de l'atrophie de certains muscles, d'indurations ou de rétractions voisines du cal.

Les règles posées par Podrazky avaient été appliquées par M. Gerst dans un cas que nous donnerons plus loin ; le résultat fut excellent. Après avoir exposé ces faits j'essayai d'en tirer des conclusions et d'arriver aux indications générales du massage dans le traitement des fractures.

Je ne crois pas qu'on eût aussi formellement donné auparavant les deux indications auxquelles m'avait conduit l'examen critique des faits.

Dans la seconde partie de mon chapitre je tâchai

1. *Deutsche militairäztliche Zeitschr.*, 1877, 28 juin, p. 33.

de donner la démonstration expérimentale de ce que j'avais avancé et pour cela j'utilisai diverses observations de fractures dans lesquelles il avait rendu des services et qui avaient été publiées par Gerst, Sellberg, Berghman, Bolin, Walmark etc. Je ne pourrais pas dire que ce chapitre eût une grande originalité, car à ce moment je n'avais peu ou point appliqué le massage dans les fractures. J'avais, comme je l'ai dit, été conduit à le proposer par la réflexion et l'analyse des observations. Il avait au moins le mérite de la nouveauté car le sujet n'avait pas été encore que je sache traité à fond par personne. Je me suis applaudi sérieusement depuis, d'être entré dans cette voie car presque tout ce que j'avais proposé a été adopté et le massage est devenu un agent thérapeutique d'une incontestable utilité pour le traitement des fractures. En 1884, l'année même où parut mon ouvrage, M. Berne faisait à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Duplay, le massage dans les fractures du péroné. Au mois de juin 1885, il exposa ses théories et les résultats de sa pratique dans une leçon publique à l'hôpital Bichat.

A la première séance du Congrès français de chirurgie le 9 avril 1885, M. Tilanus d'Amsterdam communique une étude comparative sur le traitement des fractures de la rotule par l'immobilisation et les moyens de cooptation extérieurs et le traitement

par la compression, le massage et les mouvements.

A la séance du 30 juin 1886, M. Lucas-Championnière fait également une communication sur le traitement des fractures du radius et du péroné par le massage. « Toute fracture qui se fait dans une articulation ou bien au voisinage d'une articulation, disait ce chirurgien, est appelée à déterminer momentanément ou définitivement des phénomènes d'enraidissement articulaires qui s'accompagnent presque toujours de douleurs plus ou moins vives et d'une impotence plus ou moins prolongée du membre correspondant.......

En traitant les fractures intra- ou paraarticulaires sans immobilisation, comme je l'ai dit plus haut, on est frappé de voir les douleurs des premiers jours tomber assez vite pour ne plus revenir et si le patient n'est point pusillanime, l'exercice des mouvements lui paraît chose toute naturelle.... Rien que cette observation permet déjà de penser qu'ils pourraient être pétris avec avantage. Il est certain, l'expérience a été faite depuis longtemps, que parmi les entorses soumises aux rebouteurs qui sont incapables de faire un diagnostic, un grand nombre sont des fractures du péroné. Les entorses tibio-tarsiennes sont rares et les fractures du péroné sont très communes; il arrive donc fatalement que des fractures sont massées et cela avec beaucoup d'avantage ; car on ne peut pas contester non plus que les accidents soient rares,

même entre les mains d'individus sans instruction et brutaux... »

Et l'auteur terminait cette communication dans laquelle il avait donné plusieurs observations qui lui étaient personnelles pour les conclusions suivantes : « Le massage dans le traitement des fractures en question fait disparaître la douleur et favorise la réparation. Les mouvements provoqués rapidement préviennent les raideurs articulaires, la douleur et l'impotence prolongée du membre. » L'expérience démontrait ce que nous avions prévu et indiqué. La communication de M. Lucas-Championnière correspond à l'adoption en France d'une méthode de traitement des fractures proposée d'abord et défendue par nous. Depuis ce moment, elle a été répandue partout et on n'a pour ainsi dire que l'embarras du choix, lorsque l'on veut donner des faits et des arguments qui militent en sa faveur.

Il y a 6 observations dans la thèse de M. Maison, soutenue à la Faculté de Paris le 8 novembre 1886, et qui a pour titre : *La mobilisation et le massage dans le traitement des fractures paraarticulaires ;* ce travail a été inspiré par M. Lucas-Championnière dont l'auteur avait été l'élève. Il y a 49 observations dans la dissertation inaugurale du Dr Antoine Léonardon-Lapervenche *(Fractures juxta-articulaires leur traitement par le massage)*. Ces observations ont été emprun-

tées à la pratique de différents chirurgiens français et étrangers : ce travail est de 1887. Trois ans auparavant, quand j'ai voulu écrire le chapitre de mon livre touchant ce sujet, je fus obligé de dépouiller avec soin toute la littérature pour découvrir quelques cas ; les plus intéressants se trouvaient dans de petits recueils à peine connus en France comme l'*Eira*, ou dans les Comptes Rendus des Sociétés de médecine de Stockholm ou d'Helsingfors.

L'idée avait fait son chemin, et la méthode était allée loin, un peu trop loin peut-être ; cette popularité rapide était peu surprenante. Les effets du massage dans les fractures sont excellents et il est facile de le comprendre. Il n'est pas nécessaire d'avoir une très grande expérience, il n'est pas nécessaire de réfléchir longtemps sur le meilleur procédé à employer, de chercher des indications minutieuses. Dans les hôpitaux les élèves des services de chirurgie font parfaitement ce qu'il faut sous la direction du chef de service ; il suffit de ne pas procéder à contre-sens, de ne pas tout compromettre comme le font quelquefois les empiriques par une brutalité maladroite. Certaines entorses tibio-tarsiennes sont accompagnées de fractures du péroné. J'ai eu l'occasion de voir des malades chez lesquels cette particularité existait. C'étaient presque toujours de mes compatriotes qui me faisaient appeler et à mon arrivée

me déclaraient qu'ils s'étaient foulé le pied, qu'ils s'étaient fait une entorse si douloureuse que la marche était impossible. Ils avaient raison jusqu'à un certain point, car il existait des déchirures des parties molles, des épanchements sanguins. L'entorse dont ils se plaignaient était réelle, et c'était elle surtout qui les faisait souffrir, mais il existait en même temps une solution de continuité du péroné, dont ils ne se doutaient pas, et presque toujours ils étaient désagréablement surpris lorsqu'on le leur déclarait. J'ai massé dans ces conditions ; le massage donne la même chose que dans l'entorse simple : il hâte la résorption de l'épanchement sanguin, diminue l'infiltration de voisinage et la douleur : c'est en même temps un moyen de diagnostic et un moyen de traitement.

Il faut commencer par un effleurage superficiel et très léger, c'est le meilleur moyen d'épargner au malade toute douleur inutile, de ne pas s'exposer à produire un écartement des fragments s'il n'en existe pas ; de ne pas détruire la réduction si elle a été faite. Le traitement systématique par le massage exclut la possibilité d'une immobilisation rigoureuse à l'aide d'un appareil plâtré ou silicaté. Celui qu'on place (bandage roulé avec ou sans ouate) est enlevé avant chaque séance et replacé. S'il était indispensable d'immobiliser le membre sous peine d'obtenir

une mauvaise consolidation on pourrait attendre un peu pour placer l'appareil et masser de manière à hâter la disparition du gonflement et du sang épanché entre les fragments ou autour d'eux. Les séances dureront de 15 à 20 minutes ; il en faut autant que possible plusieurs dans la journée. J'ai fait quelquefois avec avantage ce que les Allemands appellent le massage préparatoire. Il consiste en frictions centripètes, en amont du foyer de la fracture ; elles sont destinées à produire une déplétion veineuse et lymphatique à ce niveau et à rendre plus effectif le massage local consécutif.

Dans les fractures comme dans l'entorse, comme dans les luxations, comme dans les affections articulaires chroniques, le masseur se propose de provoquer la résorption des extravasats sanguins, des épanchements interstitiels et par contre-coup de faciliter la réunion des parties molles ; de diminuer la douleur ; d'activer la nutrition locale ; de prévenir les raideurs articulaires et les atrophies consécutives. Presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont admis en tenant compte de ce qu'ils savent et de ce qu'ils ont vu eux-mêmes que ce but est presque toujours atteint.

« L'influence de l'effleurage sur les processus nutritifs locaux, dit Kleen, permet de supposer que si les conditions anatomiques sont favorables, il peut être

utile dans le traitement de certaines fractures, de celles dans lesquelles une anomalie de la nutrition générale ou locale conduit à un cours irrégulier et à la formation d'une pseudarthrose. Voulant être renseignés à cet égard, je m'adressai à un de mes amis, le Professeur John Berg, en le priant de m'envoyer autant que possible un cas approprié à cette recherche. Mon attente ne fut pas longue : l'observation suivante que j'ai rencontré dans la circonstance est absolument démonstrative.

Obs. LXXXIV

*Fracture des deux os de l'avant-bras. — Pas de consolidation après l'application d'un appareil. — Massage. — Pas de consolidation. — Résection des extrémités osseuses. — Suture. — Massage. — Guérison.*

Charlotte A., couturière, 42 ans, tombe dans un escalier le 4 juillet 1886 et se fait une fracture des deux os de l'avant-bras droit, au milieu.

Elévation du membre. Au bout de très peu de temps, appareil plâtré laissé en place pendant 6 semaines. Quand on l'enlève, pas de consolidation, mobilité dans différentes directions : frottement des extrémités osseuses fracturées : un nouvel appareil est appliqué et laissé en place quelques semaines. L'état reste le même pendant quelque temps : cette personne va voir le professeur Berg qui l'adresse aussitôt à Kleen.

Malade faible et anémique qui a eu toute sa vie une santé délicate, sans pourtant être atteinte d'aucune affection déterminée, pas de traces de rachitisme. Au voisinage de la frac-

ture, infiltration musculaire étendue, pas de traces de formation de cal au voisinage de la fracture. Mobilité dans toutes les directions. Par suite de l'application prolongée du bandage, les mouvements de l'articulation radio-carpienne sont très limités. Doigts contracturés. Le cas est excellent pour la recherche que se propose l'auteur. Comme il suppose à la suite de son examen que des parties molles sont incluses entre les deux surfaces de la fracture du radial, il déclare à la malade qu'il ne pourra probablement rien obtenir, si elle ne se soumet pas au préalable à une petite opération. Cette opération est faite le 14 octobre à l'hôpital Séraphin par le professeur John Berg, qui résèque les 4 extrémités osseuses et les suture avec un fil d'argent. La malade reste ensuite 3 mois à l'hôpital et y suit le traitement ordinaire. M. Kleen la revoit le 27 janvier 1887. Les seuls changements qu'il constate sont les suivants : 1° Il existe une cicatrice consécutive aux plaies faites pour l'opération. Les surfaces correspondantes des os fracturés sont rapprochées les unes des autres ; il n'existe pas la moindre trace de la formation d'un cal ; on trouve une mobilité sensible entre la partie supérieure et la partie inférieure de l'avant-bras. Le traitement par le massage est commencé bien que l'auteur ait peu d'espoir de succès. Tous les jours massage énergique et pendant assez longtemps. Au début, 2 séances quotidiennes, plus tard une seule. La malade était assise juste en face du médecin, celui-ci prenait sa main droite dans sa main gauche et passait l'avant-bras avec la main droite. Les surfaces réséquées ne furent jamais frottées l'une contre l'autre, de telle sorte que la formation du cal ne peut pas être rapportée à un autre cause qu'à l'effleurage. Quelques semaines plus tard il s'en fit un entre les fragments du radial d'abord, puis entre ceux du cubital. Le

traitement est fini le 10 mars et la consolidation est complète. On prescrivit un traitement ultérieur par le massage et la gymnastique contre l'atrophie musculaire et les troubles fonctionnels encore assez prononcés de la main.

Cette application nouvelle du massage a été extrêmement heureuse : l'observation a confirmé ce que les données antérieures avaient permis d'espérer.

L'emploi de cette méthode dans les fractures répond donc aujourd'hui à des indications multiples dont nous avions prévu une partie en 1884 ; elle facilite le diagnostic, permet de placer plutôt qu'on ne le pourrait sans elle les appareils inamovibles lorsqu'ils sont indispensables parce qu'elle hâte la résorption de l'épanchement sanguin et diminue le gonflement : elle met à l'abri des accidents consécutifs parce qu'elle permet de prévenir les effets de l'immobilisation prolongée, et d'activer la nutrition locale. Nous allons maintenant voir ses applications dans différentes fractures.

### § 2. — Fractures de l'humérus.

*Massage dans les fractures des extrémités articulaires de cet os.*

M. Lucas-Championnière rapporte une observation de fracture de l'humérus au-dessus de l'extrémité inférieure de l'insertion deltoïdienne, il y avait en outre une fracture du radius. On traita par l'immobilisation. Après la consolidation, les mouvements de

l'articulation scapulo-humérale étaient douloureux et difficiles. On eut recours au massage : grâce à lui, le malade put sortir 42 jours après l'accident, ayant recouvré l'intégrité absolue de ses mouvements.

Les deux observations suivantes empruntées l'une, à M. Léonardon Lapervenche, l'autre à M. Rafin, montrent l'utilité du massage dans les fractures intra-articulaires de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Obs. LXXXV (Léonardon-Laperveńche).

*Fracture de l'épitrochlée. — Epanchement sanguin considérable. — Massage. — Arthrite du coude. — Guérison sans raideur articulaire.*

C., 44 ans, entré le 6 juin 1887 salle Saint-Félix, n° 13.

Le malade nous dit que, souffrant du genou droit depuis 15 jours, il avait voulu descendre du chemin de fer en marche et qu'un faux pas l'avait fait tomber, la main retenait encore la poignée du wagon ; il avait été projeté en avant et n'avait pu, à la suite, se servir de son bras.

Trois ans auparavant, attaque de rhumatisme articulaire aigu. Pas de lésions cardiaques. Depuis quinze jours, hydartrose du genou droit.

7 juin. Le coude est presque triplé de volume, pas de saillies osseuses. Impotence fonctionnelle absolue. Diagnostic : Fracture probable de l'extrémité inférieure de l'humérus. Pas de luxation. Massage de 15 minutes, peu douloureux.

9 juin. L'épanchement a beaucoup diminué, 1 c. 1/2. L'olécrâne n'est pas mobile, il n'en est pas de même de l'épitrochlée. Nouveau massage. Légers mouvements de flexion et d'extension.

10 juin. Le malade a beaucoup souffert du coude, la région est chaude, très douloureuse au moindre contact. De plus, le genou est également plus douloureux, fièvre, sudation légère. Nous donnons 6 gr. de salicytate de soude et nous pratiquons un massage très léger.

11 juin. Moins de douleur, moins de tuméfaction, le salicylate est continué pendant 4 jours. Les accidents aigus se calment et peu à peu le coude reprend ses proportions normales.

20 juin. Le bras est retiré de l'écharpe, les mouvements de flexion et d'extension sont assez faciles ; le malade quitte l'hôpital.

Au mois d'août, il existe seulement un peu de tuméfaction osseuse au dessous de l'épitrochlée. L'arthrite du genou a disparu.

### Obs. LXXXVI (Rafin).

*Fracture du coude.*

Delhomme (Julien), 11 ans, demeurant à Clernieux (Drôme), entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, le premier mai 1887, pour une fracture du coude. Cet enfant n'est pas d'apparence vigoureuse ; toutefois, il ne présente aucun des attributs de la scrofule. Le 27 avril, en s'amusant debout sur une grosse pierre, il se laisse tomber sur le coude gauche. Il ressent immédiatement dans cette région une vive douleur, et sur le conseil d'un médecin de Tournon (M. le Docteur Lasaigne, croyons-nous) il est amené à l'Hôtel-Dieu.

2 mai. Actuellement le membre blessé est impotent. Toute la région est le siège d'une tache jaunâtre ecchymotique et cette ecchymose est encore plus accentuée en arrière, sur l'étendue d'une pièce de 5 fr., au niveau du point où le coude a porté sur le sol. Les mouvements communiqués sont très dou-

loureux. Le gonflement est considérable. A la mensuration (notée seulement du côté blessé) on obtient :

| | |
|---|---|
| Au niveau du pli du coude............. | 23 cent. 1/2 |
| Au niveau de la partie moyenne du bras... | 19 |
| Au niveau de la partie moyenne des avant-bras.............................. | 18 |

La pression au niveau de l'épicondyle est très douloureuse, et, en exerçant à ce niveau des pressions d'avant en arrière, on sent de la crépitation osseuse en outre de la crépitation sanguine.

M. Tripier admet une fracture dirigée de haut en bas et de dehors en dedans jusque dans l'articulation ayant séparé le condyle huméral. Immédiatement, séance de massage, qui a pour effet de rendre les mouvements moins douloureux. Ce traitement est continué les jours suivants.

5 mai. Mensuration. Au niveau du pli du coude 21 cent. Le gonflement a donc diminué.

10 mai. On ne sent plus de mobilité anormale. Le gonflement a disparu en grande partie.

15 mai. L'état de la région est excellent. Il est à noter qu'aucun autre appareil qu'une simple bande n'a été appliquée. Le massage est continué. Il y a une tendance très marquée à la raideur articulaire. Cette raideur est combattue par des mouvements que l'on a soin de communiquer tous les matins à l'articulation.

25 juin. Le malade est guéri. A peine un peu de raideur dans les dernières limites de l'extension ou de la flexion du coude. L'os est augmenté de volume au niveau de la fracture. Sans aucun doute, l'exercice ne tardera pas à faire disparaître la légère raideur qui subsiste. Pas de déformation.

M. Rafin insiste sur la rapidité de la guérison. Dans les fractures du condyle huméral, Giraldès mobilisait à partir du 7e jour ; M. de Saint-Germain conseille d'attendre jusqu'au 30e pour commencer les mouvements passifs. L'enfant dont il a été question dans l'observation rapportée était entré à l'hôpital le premier mai, presque immédiatement après l'accident ; la mobilité anormale qui existait à ce moment avait disparu le 10 du même mois.

§ 2. — Massage dans les fractures du radius et du cubitus.

1° *Radius.* — Dans la première édition de cet ouvrage, je donnais une seule observation de massage dans un cas de fracture du radius. Encore l'application du procédé avait-elle été timide et limitée : on s'en était servi pour faire disparaître la tuméfaction et la douleur ; l'auteur s'était placé au point de vue indiqué naguère par Bizet. Le résultat désiré obtenu, on immobilisa à l'aide d'un appareil plâtré selon la méthode classique. Je reproduis, quand même ici, cette observation due à M. Gerst, bien qu'elle n'ait plus guère aujourd'hui qu'un intérêt de curiosité.

Obs. LXXXVII

*Fracture du tiers inférieur du radius. — Massage précoce contre la tuméfaction et la douleur. — Réduction et appareil plâtré. — Guérison.*

Joseph Wirsching, de la 10e compagnie du 9e régiment d'in-

fanterie, tombe le 15 août 1877 d'une chaise sur le sol. Le bras gauche est étendu, il cherche à se protéger avec la main ouverte. Aussitôt après la chute, il ressent de violentes douleurs dans l'avant-bras et on l'apporte à l'hôpital de la garnison à cause d'une fracture du radius. A son entrée, on peut constater, outre une tuméfaction très douloureuse surtout pendant les mouvements de l'articulation du poignet et siégeant au niveau du 1/3 inférieur du radius gauche, la déformation qui caractérise la fracture de cet os ; de plus il y a de la crépitation perceptible dans les mouvements de pronation et de supination. Après avoir enlevé les habits, on fait l'effleurage qui n'est pas douloureux ; puis réduction par deux aides, dont l'un pratique l'extension sur la main, et l'autre la contre-extension sur le coude. Afin de ne pas perdre les avantages de l'effleurage, on recommande à l'aide qui fait la contre-extension sur le coude de le saisir en arrière, en dedans et en dehors, de manière à ne pas comprimer les gros troncs veineux de la partie antérieure de l'avant-bras. L'effleurage fait longitudinalement (de bas en haut) fut suivi d'une diminution notable de la tuméfaction et de la douleur, puis on fixa le membre dans une légère élévation au moyen de deux attelles ouatées. Au bout de deux heures, la douleur revint, on reprit l'effleurage. Après la quatrième séance elle avait tout à fait disparu, de même que le gonflement ; on put placer un appareil plâtré. Ce dernier fut enlevé le 2 septembre et on constata l'état suivant : consolidation osseuse de la fracture, cal presque imperceptible, mouvements des doigts, de pronation et de supination à peine gênés. Contre la rigidité des doigts et de l'articulation du poignet, on prescrivit des mouvements actifs et passifs, des bains de bras, et après vingt-cinq jours de traitement le malade put retourner au corps complètement guéri.

Depuis lors, le massage a été appliqué souvent dans les fractures du radius, surtout dans celles de son extrémité inférieure. Dans les travaux de MM. Lucas-Championnière, Maison, Léonardon-Lapervenche, Rafin, je relève 19 observations de fractures du radius traitées par le massage et l'immobilisation relative : Deux fois la consolidation fut complète au bout de 12 jours, 2 fois au bout de 15, 2 fois au bout de 16, 4 fois au bout de 18. Elle l'a toujours été après le 22e jour. Nous sommes loin, comme on le voit, des idées de Malgaigne qui voulait qu'on laissât 30 jours les appareils en place [1]. D'autres avaient probablement trouvé cette longue période insuffisante, car Bonnet déclare qu'il serait imprudent d'immobiliser plus longtemps. Ce traitement causa plus d'une fois des infirmités incurables. « Lorsqu'on traite mal les fractures du radius, disait Boyer, on laisse aux malades une main déjetée. » Hervez de Chégoin avait été si frappé dès 1848 de la fréquence et de la gravité de ces calamités qu'il essaya d'en indiquer les causes. Depuis lors Gosselin, Tillaux, Gurlt ont tous étudié la question. Schede de Hambourg y revenait en 1884 au Congrès des chirurgiens allemands tenu à Berlin ; il insistait sur la fréquence de l'ankylose partielle des articulations des doigts et de la main, l'adhérence des tendons à leur gaîne et la rétraction des

1. *Fractures et luxations*, t. I.

muscles. Jamais, dans les cas de fracture para-articulaire du radius traités par la mobilisation et le massage, on n'a observé rien de semblable.

2° *Cubitus.*—L'observation suivante est rapportée par M. Rafin :

### Obs. LXXXVIII

*Fracture double du cubitus.*

Prudhomme (Jean-Pierre), 45 ans, voiturier, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon,salle Saint-Philippe, le 18 janvier 1887, dans le service de M. le professeur Tripier, pour une fracture double du cubitus gauche. Pas de maladie grave à noter dans ses antécédents; pas de scrofule dans l'enfance. Il nie la syphilis et n'en porte du reste aucune trace. Quelques habitudes alcooliques. Ce malade a été renversé par une voiture dont la roue a passé sur son avant-bras gauche, obliquement de bas en haut, de l'apophyse styloïde du radius à l'olécrâne. Le radius est intact; le cubitus est fracturé en deux points : 1° à quatre travers de doigt au dessus de l'apophyse styloïde où l'on sent en ce point de la mobilité anormale; 2° à cinq travers de doigt au dessous de l'extrémité de l'olécrâne, et là on peut, outre la mobilité anormale,percevoir de la crépitation. Douleur vive au niveau des insertions ligamenteuses du poignet et du coude. La main est tuméfiée, de même que le coude et le poignet qui est cylindrique. Le bras n'offre rien à signaler. Enfin, circonstance importante à noter, les téguments sont indemnes, et l'on ne rencontre qu'une écorchure insignifiante au niveau du troisième espace interdigital. A la mensuration on trouve :

| | |
|---|---|
| Cubitus sain.......................................... | 26 cent. |
| Cubitus malade........................................ | 25 |

Il y a donc un léger degré de raccourcissement. Le déplacement de l'apophyse styloïde du cubitus est insignifiant. Toutefois, la main paraît un peu déjetée sur le côté cubital. Le gonflement du membre est apprécié aussi exactement que possible par la mensuration qui donne les résultats suivants :

| | Côté sain | Côté malade |
|---|---|---|
| Au niveau des apophyses styloïdes............. | 17 cent. | 19 cent. |
| Au niveau des tubérosités humérales........... | 25 | 27 |
| Partie moyenne de l'avant-bras................. | 23 | 24 |
| Partie moyenne du métatarse.................. | 20 | 23 |
| Ligne des articulations métacarpo-phalangiennes.................................. | 20 | 22 |

Le malade est entré à l'Hôtel-Dieu dans l'après-midi.

Le massage est commencé le lendemain dès après la visite et continué les jours suivants. Après la séance, le membre enveloppé de coton est placé sur une gouttière en bois analogue à celle dont on se sert pour les fractures du radius, mais avec cette différence essentielle qu'elle présente au niveau de la main une planchette placée de champ contre laquelle elle vient s'appliquer. De cette façon l'avant-bras est placé dans une position intermédiaire entre la supination et la pronation. Une bande fixe le tout.

20 janvier. La mensuration avant le massage donne les résultats suivants du côté malade :

| | |
|---|---|
| Ligne des apophyses styloïdes..................... | 19 cent. |
| Ligne des tubérosités................................ | 27 1/2 |
| Partie moyenne de l'avant-bras.................... | 25 |
| Partie du métacarpe.................................. | 21 |
| Ligne des articulations métacarpo-phalangiennes... | 20 |

21 janvier. Avant le massage, la mensuration indique une diminution fort appréciable pour la ligne des apophyses styloïdes et les mêmes chiffres pour les autres points.

On constate une large tache ecchymotique de couleur jaunâtre qui occupe les 2/3 inférieurs de l'avant-bras.

12 février. Le massage se fait tous les jours et aujourd'hui le gonflement a à peu près entièrement disparu. Au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras, la mensuration ne donne qu'une fraction de centimètre en plus du côté malade. Il est juste de faire remarquer que la lésion siége à gauche et qu'il est probable qu'à l'état normal ce bras serait un peu plus faible que l'autre. Le cal se perçoit facilement ; il reste néanmoins un peu de mobilité anormale et même des crépitations.

15 février. La crépitation a disparu.

22 février. Le malade demande à sortir : il reviendra se faire voir. L'état du membre est parfait. Pas de gonflement digne d'être noté. Au niveau du coude, raideur absolument insignifiante. Les mouvements s'exécutent à la perfection.

Le malade est venu se montrer quelque temps après. Le cal se sent parfaitement au niveau des deux fractures. Peut être existe-t-il un léger degré de voûssure au niveau du fragment osseux séparé par les deux foyers de fracture. On ne sent pas de mobilité anormale. L'axe de l'avant-bras est normal. Les fonctions du membre s'exécutent bien. On sent, au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras, une crépitation osseuse due sans doute au peu d'épaississement des parties molles.

Au niveau du coude, il persiste un léger degré d'épaississement au niveau de la partie supérieure des tendons épitrochléens. Le poignet est en bon état. Le malade a été de nouveau revu, le membre est en excellent état. On note à la mensuration 1 cent. de raccourcissement, c'est le chiffre constaté à l'entrée du malade à l'hôpital.

De toutes les fractures du cubitus, celles de l'o-

lécrâne donnent le plus souvent lieu à des consolidations vicieuses et à des rondeurs articulaires. « A moins que les deux fragments n'aient été maintenus dans un contact parfait, dit M. Péan, il ne s'opère pas de consolidation osseuse ; une bride fibreuse plus ou moins résistante sert de moyen d'union entre les deux fragments et transmet le mouvement de l'olécrâne au reste du cubitus comme le ligament rotulien le transmet de la rotule au tibia. Sur 927 cas observés par Hamilton, il n'a pas vu un seul cal osseux. Ce mode de réunion n'est donc pas seulement exceptionnel, il est extraordinaire[1]. »

Établir un traitement dans l'espoir de l'obtenir, c'est courir de gaîté de cœur à la recherche d'un prodige. Il n'est nullement étonnant que des esprits un peu entreprenants aient laissé de côté la tradition et fait table rase des méthodes classiques. Nous aurons une pseudarthrose, soit ; tâchons d'en tirer le meilleur parti possible. C'est en partant de ce principe que Peter Camper abandonnait l'immobilisation ; qu'en 1851 Kluyskens recommandait une gymnastique précoce, dans sa thèse sur le traitement des fractures de la rotule et du coude.

Tenant compte de ces faits et d'une discussion que nous verrons plus loin, M. Ludwig Sellberg essayait, chez un enfant de 9 ans, de traiter une fracture de

1. Nélaton, *Pathologie chir.*, 2e éd., t. II, p. 337.

l'olécrâne sans contention rigide, par le massage et les mouvements passifs. Il atteignit le but qu'il se proposait, l'enfant conserva l'usage de son bras, et l'articulation huméro-cubitale menacée ne présentait à la fin du traitement ni ankylose ni raideur. Voici le fait.

### Obs. LXXXIX.

*Fracture de l'olécrâne chez un enfant de 9 ans. Massage. — Conservation des mouvements de l'articulation du coude.*

Le 29 avril, l'auteur eut l'occasion de voir pour la première fois le jeune Karl Johan Viktor, âgé de 9 ans, qui, la veille, avait roulé dans un escalier et s'était frappé le coude contre une pierre. Tuméfaction périarticulaire notable, flexion de l'avant-bras. Olécrâne très douloureux à la palpation. L'extension était absolument impossible, il pouvait le fléchir quelque peu lui-même, mais cette flexion était douloureuse; par suite de l'âge du petit malade et de l'impossibilité de le toucher, on l'endormit avec du chloroforme de manière à s'assurer de l'existence de la fracture. Il y avait de la mobilité du fragment et de la crépitation. Le même jour on commence le massage. 2 séances par jour avec des mouvements passifs légers. Le 29 mai, après un mois de traitement, le petit malade peut retourner chez lui, l'articulation du coude a repris tous ses mouvements, et il ne reste plus qu'un diastasis insignifiant [1].

Une observation analogue a été publiée par M. Lucas-Championnière dans le travail que nous avons cité. Voici le résumé tel qu'il le donne :

1. *Eira*, 26 février 1881, n° 4, p. 107.

## Obs. XC

*Fracture de l'olécrâne gauche avec plaie chez une femme de 72 ans.*

Séjour à l'hôpital du 19 mai au 5 juin (elle est revenue nous voir depuis). Elle sort 16 jours après l'accident, en très bon état ; les mouvements sont limités, mais non douloureux. Elle n'a jamais eu d'autre immobilisation que le pansement : les premiers jours, elle a été déposée dans une gouttière large ; elle en était sortie pour le pansement, et chaque fois elle était mobilisée. Au bout de 16 jours, elle commençait à se servir de sa main.

### § 3. — Massage dans les fractures du fémur.

M. Léonardon-Lapervenche rapporte trois observations de fractures de l'extrémité supérieure de cet os traitées par le massage. Les résultats furent satisfaisants chez les trois malades. La première personne traitée de la sorte était une femme de 70 ans, qui s'était fait une fracture intra-capsulaire du col en tombant sur le bord d'un trottoir. Il y avait un raccourcissement de 18 mil. Le membre fut placé sur un coussin formant gouttière pour en assurer la rectitude. Dès le premier jour on fit une séance de massage qui dura un quart d'heure. Les séances ultérieures furent faites de 2 en 2 jours. Après la 6e, la douleur avait disparu. Cette personne était entrée à l'hôpital le 14 octobre : le 5 novembre elle pouvait se lever et marcher avec des béquilles :

le 19, elle quittait l'hôpital en marchant sur une canne ; il n'y avait que 15 millimètres de raccourcissement.

La seconde malade âgée de 75 ans avait également une fracture intra-capsulaire qu'elle s'était faite en descendant de son lit. On massa tous les deux jours pendant 20 minutes ; sans être aussi brillants que dans le premier cas, les résultats furent encore assez satisfaisants pour justifier l'emploi du même procédé dans des cas semblables.

Cette personne put se lever et marcher avec des béquilles le 35e jour qui suivit l'accident ; la consolidation était faite, les mouvements spontanés étaient faciles et indolents ; elle pouvait s'appuyer légèrement sur son pied, et n'avait qu'un raccourcissement de 2 centimètres.

Chez une 3e malade, une vieille femme de 80 ans, traitée pour la même fracture, il y eut immédiatement après l'accident et les jours qui suivirent un gonflement considérable de la jambe gauche, on réussit à le faire disparaître par six séances de massage. Malheureusement une pneumonie enleva cette malade le 18e jour avant que la consolidation fût commencée. Dans le 4e et dernier cas, au contraire, la malade qui n'avait que 68 ans put marcher le 30e jour avec des béquilles, le 40e avec une canne. Nous ne voulons point discuter ici les avantages et les inconvénients des méthodes générales pro-

posées. Toutes les fois qu'il existe une violente douleur locale, accompagnée de tuméfaction ou d'attrition des parties molles, on agira sagement en massant. On peut faciliter la consolidation, l'expérience faite par Kleen le démontre.

### § 4. — Massage dans les fractures de la rotule.

On a cru longtemps que la réunion des fragments de la rotule divisée par un cal osseux était impossible. Si c'était exact, le problème devenait très simple ; on n'avait plus à se préoccuper du cal mais de la jointure elle-même de manière à tâcher de lui conserver ses mouvements sans rien ôter à la jambe de sa puissance de sustentation.

Les premières expériences faites sur les animaux semblèrent confirmer les idées anciennes relatives à la nature du cal. Gulliver ne put obtenir une soudure osseuse parfaite chez les chiens lorsqu'il y avait une déchirure de la capsule fibreuse. Astley Cooper ne réussit pas mieux. « Je n'ai pu ni chez le chien, ni chez le lapin, dit-il, obtenir une consolidation osseuse dans la fracture transversale. Cependant j'ai vu chez un malade du docteur Chopart, de Paris, un cas dans lequel cette consolidation me parut exister. M. Fielding de Hull a publié dernièrement un cas semblable [1]. » Depuis cette époque, les

1. *Œuvres chir.*, traduc. Chassaignac et Richelot, p. 164.

faits de cette nature se sont multipliés. « J'ai vu au muséum anatomique de Berlin, dit G. Preyer, une des pièces, à propos de laquelle on ne pouvait mettre en doute la consolidation après la fracture de la rotule. »

La possibilité de la consolidation osseuse n'est donc plus discutable, mais ce qui l'est toujours, c'est de savoir si elle présente assez d'avantages pour qu'on doive la chercher; si, après elle, l'articulation fémoro-tibiale pourra rendre les services ordinaires. Les chirurgiens n'ont guère envisagé la question sous cet aspect ; ils se sont préoccupés avec raison des inconvénients d'une consolidation fibreuse trop lâche. « Le mode de réunion, dit M. Péan, apporte un obstacle insurmontable à l'exercice de certaines professions. » Le même auteur ajoute, il est vrai, qu'il a vu, dans le service de Désormeaux, un porteur à la halle, qui n'avait rien perdu de sa vigueur, bien que l'écartement des fragments fût considérable. Camper et Velpeau ont prétendu qu'il suffit d'un an dans tous les cas de fracture de la rotule pour que le membre reprenne sa vigueur et sa mobilité. Il serait à désirer que la question fût résolue d'une manière précise ; une bride fibreuse trop longue a-t-elle plus d'inconvénients qu'un mode d'union d'une brièveté exagérée? La raideur est-elle nécessairement temporaire et peut-on espérer qu'elle disparaîtra spontanément ? De la solution dépendent les indications du massage et des

mouvements passifs dans les fractures de la rotule.

On peut employer le premier de trois manières : au début, tardivement, constamment. 1° On s'en sert au début comme pour les fractures de l'olécrâne ; c'est-à-dire afin de modifier les accidents articulaires immédiats, la douleur, l'épanchement, la tuméfaction ; 2° on s'en sert quand les appareils à immobilisation ont été enlevés pour rendre aux tendons et aux ligaments leur souplesse, pour faire disparaître les produits hyperplasiques qu'ici comme partout l'immobilisation laisse après elle. Une dame, qui s'était fracturée les deux rotules huit mois auparavant, avait perdu complètement le mouvement des genoux ; Astley Cooper réussit à les lui rendre par des exercices passifs. Stromeyer et Lutter avaient fait construire dans le même but des appareils fléchisseurs plus ou moins ingénieux ; Séguin d'Alley avait même proposé le massage de la jointure. La combinaison de ces procédés a été heureusement faite dans le cas suivant observé par M. Gerst.

### Obs. XCI

*Fracture de la rotule. — Massage. — Appareil de contention. — Guérison.*

Jacob Ringeisen, de la 3e batterie montée du 3e régiment d'artillerie de campagne (armée allemande), reçoit le 2 mai 1877 un coup de pied de cheval dans le genou, à la suite duquel il ne peut plus se servir de la jambe. Au moment de son entrée à l'hôpital, les parties molles du voisinage du genou droit sont

tuméfiées et très douloureuses au toucher. Il est impossible de sentir la rotule en totalité à travers la peau saine; on reconnaît au contraire qu'elle est partagée en deux par une fente transversale de la largeur du petit doigt. Quand on rapproche les fragments il est possible de produirc une crépitation sensible. D'ailleurs ils ne sont pas fixes, mais ils paraissent flotter en liberté dans l'articulation du genou, de telle sorte qu'ils peuvent être déplacés facilement. Il y a de plus un épanchement sanguin considérable dans la jointure. L'auteur considérant qu'il n'était propre qu'à entraver la consolidation, résolut d'en favoriser la disparition par l'effleurage. En conséquence, il fit placer le malade dans le décubitus dorsal, la jambe dans l'extension et tenue dans une position un peu oblique par un aide pour favoriser le reflux du sang pendant le massage. Un autre aide, avec une bande de flanelle placée au-dessus du fragment supérieur de la rotule abaissait ce fragment de haut en bas et le fixait dans cette position de telle façon que pendant l'effleurage les parties molles ne fussent pas déplacées en haut et que l'on pût éviter un déchirement douloureux pour la plaie sous-cutanée. Un troisième aide fait l'effleurage en prenant soin de ne pas exercer de pressions trop concentriques sur les parties molles de la cuisse. Après la terminaison de l'effleurage (au bout d'un quart d'heure), j'enveloppe les masses musculaires du pied jusqu'au genou avec une bande de flanelle pour éviter l'étranglement veineux ; en même temps les deux fragments qu'un assistant avait pendant tout ce temps maintenus rapprochés sont fixés au moyen d'un appareil approprié placé de telle sorte que la compression exercée sur les troncs veineux soit réduite au minimum.

L'effleurage exercé sans fortes pressions concentriques n'a produit qu'une aspiration assez faible, de sorte que l'extrava-

sat est toujours assez abondant et que la pression qu'il produit sur les nerfs sensibles est très peu diminuée. Le malade se plaint toujours d'une vive douleur que l'on combat par une injection de morphine et l'application d'un sachet de glace sur le genou. Au bout de trois heures, on n'a pas obtenu la plus légère amélioration ; on est obligé de défaire en partie l'appareil et de pratiquer l'effleurage sur la cuisse en exerçant une pression un peu plus énergique que la première fois. Après la séance, il y eut un peu d'amélioration. L'appareil fut replacé, on eut soin toutefois d'éviter de faire des tours de bande sur la cuisse. Depuis lors on fit quatre fois par jour l'effleurage. Dans l'intervalle on appliqua régulièrement la glace. Sous l'influence de ce traitement, la douleur diminua peu à peu et finit par disparaître et on serra en même temps de plus en plus l'appareil. Celui-ci fut enlevé 9 jours après l'accident et l'on trouva que la tuméfaction de la jointure et sa sensibilité à la pression n'existaient plus qu'à un léger degré, les deux fragments de la rotule s'étaient même facilement réunis. On plaça de nouveau le bandage et comme l'extravasat sanguin était en grande partie résorbé, on n'eut pas de nouveau recours à l'effleurage, dans la crainte d'entraver la réunion des fragments.

Le 13 juin, c'est-à-dire 33 jours après l'accident, l'appareil fut enlevé, et l'on constata l'état suivant : On peut déplacer la rotule dans sa totalité comme un corps homogène ; la formation du cal n'a pas amené de déformation du genou ; sa circonférence ne dépasse guère que de 1 c. 1/2 celle du côté sain ; il y a rigidité prononcée ; les mouvements actifs sont limités et très douloureux. On traite cet état par le massage, les mouvements passifs, les grands bains ; de plus on conseille au malade la flexion et d'autres mouvements actifs. Peu à peu les

phénomènes défavorables disparaissent, et le 21 juillet le malade peut fléchir et étendre le genou droit aussi bien que le gauche. Plus tard, ayant grimpé sur un mur il tomba, se fit une entorse du genou malade, et dut rentrer à l'hôpital ; il en sortit de nouveau guéri et capable de reprendre son service le 10 janvier 1879.

3° Reste la troisième manière de procéder à laquelle nous faisons allusion ; celle-ci est infiniment plus hardie que les deux précédentes ; on ne s'occupe plus cette fois de rapprocher les fragments. L'ennemi que le chirurgien tient à combattre c'est l'immobilité ultérieure. Peu importe la soudure, elle se fera comme elle pourra. M. Mezger qui a introduit ce mode de traitement dans la thérapeutique ne semble avoir qu'une confiance limitée aux procédés chirurgicaux destinés à limiter l'étendue du nouveau moyen d'union des fragments. Quoi qu'on fasse, le patient conservera une anomalie du genou ; le mieux, c'est qu'il s'habitue à en ressentir le moins possible les effets ; qu'il puisse de très bonne heure s'habituer à la flexion, à l'extension, à la sustentation. Les mouvements actifs et passifs sont commencés le lendemain même de l'accident, dès que par le massage on a pu les rendre tolérables. Cette innovation hardie était vaguement connue en Suède, on parlait des résultats merveilleux obtenus grâce à elle. Le professeur Rossander, auquel la méthode de Mezger avait

déjà rendu des services, résolut de l'expérimenter à nouveau et il n'eut qu'à s'en louer. Nous allons reproduire ici une discussion de la Société des médecins de Stockholm à laquelle donna lieu une communication qu'il fit sur ce sujet à la séance du 11 mars 1879.

« Le professeur Rossander fait une communication relative au traitement des fractures de la rotule ; elle consiste à prévenir par le massage les épanchements articulaires ; il laisse les malades se lever, en ayant soin de mettre seulement autour du genou un bandage contentif, mais il ne place aucun appareil pour rapprocher les fragments, parce qu'il redoute beaucoup plus la raideur et l'ankylose résultant du traitement qu'un cal fibreux. L'idée appartient à Mezger.

» Le docteur Rossander a entendu parler d'un cas qui appartient à sa pratique, mais qu'il n'a pas observé lui-même. Jusqu'à ce jour les résultats ont été excellents ; cette méthode est certainement beaucoup moins désagréable que celle que l'on employait naguère. Son malade a été traité à l'hôpital Séraphin, d'où il est sorti après un séjour de trois semaines.

*M. Berghman* : Le cas qui a conduit le professeur Rossander à se servir du massage dans les fractures de la rotule, et auquel il vient de faire allusion est très intéressant aussi bien au point de vue de la méthode employée qu'à celui de la marche et de la terminaison. Je l'ai suivi pendant le traitement ; j'avais

vu le malade avant qu'il se présentât au docteur Mezger, de sorte que je connais l'observation dans ses moindres détails, je demanderai même la permission de la rapporter *in extenso*.

### Obs. XCII

*Fracture de la rotule. — Immobilisation, cal fibreux. — Marche très difficile, équitation impossible. — Nouvelle fracture accidentelle. — Massage. — Mouvements actifs et passifs. — Écartement persistant des fragments, mais tous les mouvements du membre sont faciles.*

Le malade se fit le 24 juin 1875 une fracture oblique de la rotule à la suite d'une chute dans laquelle le genou gauche porta contre une pierre. Il fut traité par le procédé ordinaire, l'immobilisation du genou dans une position telle que les fragments fussent le plus rapprochés possible et pussent se réunir. Au bout de deux mois, il se présente chez moi, espérant que je pourrais par le massage rendre quelque mobilité à l'articulation. Ce malade était officier d'état-major, et pour que sa carrière ne fût pas brisée, il fallait qu'il pût marcher et monter à cheval. La fracture était mal consolidée, les fragments osseux étaient réunis par un cal fibreux large de 2 cent. ; ils étaient mobiles. Il n'y avait pas de sérosité dans la jointure ; mais elle était fortement tuméfiée ; sur la capsule et dans le voisinage, zones d'hyperplasie douloureuse à la pression. Les muscles de la cuisse avaient subi un certain degré d'atrophie surtout sur le côté interne. La jambe était dans l'extension complète (à 180°), les mouvements passifs étaient à peu près nuls, même quand on employait toute sa force pour

les produire. Je pris le malade en traitement, je fis un massage énergique dans l'espoir de ramollir et de diviser les tissus hyperplasiés, en même temps j'essayai, par des tentatives énergiques et journalières de flexion, d'obtenir quelque mobilité dans ce sens. Après trois mois de traitement, la tuméfaction du genou avait notablement diminué, la douleur à la pression avait disparu et par l'emploi d'une grande force, on pouvait plier le genou jusqu'à 121°. Il y avait donc une amélioration notable ; le genou peut être fléchi à 120°, mais pour cela il faut, il est vrai, déployer une assez grande force. Le malade ne marche pas sensiblement, mais la jambe est moins raide ; il a toujours beaucoup de peine à monter les escaliers ; naturellement il ne pourra pas songer à l'équitation tant que la jambe ne pourra pas être fléchie à 90° ; mais je ne conservais guère d'espoir de gagner au delà de ce qu'on avait déjà gagné jusqu'alors. A ce moment, le malade fut obligé de faire un voyage en France pour des raisons de famille ; je lui conseille d'en profiter pour aller à Amsterdam prendre l'avis du docteur Mezger au sujet du pronostic. Il le vit le 1er février 1876; à ce moment l'affection du genou avait 7 mois de date. Mezger, après l'avoir examiné, lui déclara qu'il ne croyait pas que dans les circonstances présentes il pût obtenir plus de flexion qu'il n'en avait. Il se retirait désolé, lorsqu'en descendant l'escalier de la maison même, il tomba et se cassa la rotule de nouveau en trois fragments cette fois. Il fit appeler de nouveau Mezger. A son grand étonnement, celui-ci lui déclara que l'accident était le plus grand bonheur sur lequel il pût compter et qu'il espérait bien pouvoir lui rendre un membre absolument utile.

Le malade qui était très intelligent et suivait avec intérêt un traitement si différent de celui qu'il avait suivi d'abord,

prit jour par jour dès notes en utilisant les avis de Mezger. Il a eu la bonté de me les communiquer ; je me propose de vous les lire :

1/2, 11 h. du matin. J'ai glissé dans l'escalier, j'ai vu Mezger à 2 heures ; il a un peu manipulé le genou en vue d'arriver à la réduction, puis l'a immobilisé avec une bande de flanelle.

2/2. La tuméfaction n'a pas augmenté, il n'est pas plus chaud que d'habitude ; j'ai passé une nuit tranquille sans douleur. J'apprends qu'il y a du sang dans la jointure ; le bandage est enlevé : je puis lever la jambe et la plier bien qu'avec difficulté.

3/2. Tout va bien ; léger massage : on reconnaît qu'il ne peut être toléré. Je soulève le genou et je le plie moi-même.

4/2. Sensibilité beaucoup moindre ; massage énergique qui me fait très mal. Le repos n'est plus exigé, je dois de temps en temps étendre la jambe hors du lit, de manière qu'elle se fléchisse par son propre poids et que les fragments de la rotule s'écartent. Cet exercice n'a pas le moindre inconvénient.

5/2. Même traitement.

6/2. Massage, la jambe pendante hors du lit. Je m'habille moi-même et fais un tour dans la chambre en m'appuyant sur un bras et sur une canne. Ensuite je m'assieds, la jambe fléchie, l'autre reposant au-dessus d'elle ; puis je marche de nouveau ; de telle sorte qu'en 3 heures j'ai marché deux fois dans ma chambre sans difficulté particulière.

7/2. Massage long et énergique, puis, même exercice que la veille. La jambe doit être de plus en plus fléchie lorsque je suis assis. Marche plus facile.

8/2. Je marche sensiblement mieux sans autre appui que ma canne. L'épanchement intra-articulaire a presque disparu. La guérison avance, la flexion ne pourra se faire tout à fait au même degré qu'auparavant ; malgré cela, je suis content.

9/2. Le genou peut être fléchi à 117 et 121° sans difficulté ; ce que l'on n'obtenait que par force à Stockholm. Le professeur Küster, qui était en visite chez Mezger, a été très surpris « parce que ce résultat allait directement à l'encontre de toutes les idées qu'il avait eues jusqu'alors ». Mezger lui dit qu'il traite toutes les fractures de la rotule d'après ce principe et qu'il en a déjà guéri 10 à 12.

10/2. Je vais toujours de mieux en mieux. Le genou doit être fléchi plusieurs fois le jour sur une table élevée exprès pour cela. Küster est venu me voir et m'a demandé si je n'avais pas de tendance à fléchir involontairement le genou. Non.

13/2. Je marche déjà mieux qu'avant ma seconde chute ; la flexion peut être portée jusqu'à 112° mais difficilement.

15/2. On fait construire un percuteur avec des feuilles de métal et de caoutchouc ; au moyen de cet instrument on frappe des deux côtés du genou et sur le tendon qui est au-dessous ; en outre massage ordinaire. Flexion à 107° plus prononcée après le 2e massage.

16/2. Flexions à 103.

17/2. Massage énergique avec et sans marteau : 102.

18/2. Le massage au marteau est mal supporté, le genou se tuméfie notablement à sa suite. Du reste amélioration notable, je puis monter et descendre les escaliers.

22/2. Courant d'induction appliqué sur les divers muscles de la jambe ; leur contractilité est médiocre.

1/3. Je marche sans difficulté en bottes pendant deux heures, un peu d'épanchement dans le genou consécutif au massage avec le marteau. Tout va bien ; les tissus rigides redeviennent souples et la mobilité des fragments de la rotule cesse.

3/3. L'état du genou est excellent ; Mezger le trouve et je m'en aperçois moi-même.

4/3. Le marteau est employé avec plus d'énergie de manière à avoir raison de l'épanchement. 94°.

7/3. 90°.

9/3. Depuis qu'on a atteint 90° et que je puis soulever moi-même la jambe, on ne fait plus de flexions ; on tâche de rendre aux muscles par l'électricité et l'exercice toute la force qu'ils peuvent avoir.

11/3. Massage au marteau sur le genou et à poing fermé sur la jambe ; on emploiera à l'avenir le pétrissage et le massage à poing fermé pour les muscles de la jambe ; elle doit être élevée en avant ; cette élévation est peu prononcée, je devrai la faire assidûment.

13/3. Action des bâtonnets marquée par une augmentation de force de la jambe malade ; le marteau, frictions, pétrissage, électricité comme d'habitude.

14/3. (Massage tel avec les bâtonnets que le malade ne peu marcher de toute la journée).

15/3. Massage comme d'habitude. Les contractions des muscles par l'électricité sont meilleures. Le vaste externe se contracte tout à fait bien, le droit antérieur moins ; le vaste interne mieux mais encore assez peu. Couturier inutile. Quelques craquements dans la rotule.

29/3. On commence à fléchir le genou tous les jours dans une machine, on arrive facilement, sans effort à 95°.

3/4. Nombreux coups à mains plates sur le genou, flexion à 89°.

5/4. J'ai fait une course de 1/2 heure à cheval, au trot et au galop. Pas de faiblesse à la suite.

13/4. Contraction de tous les muscles satisfaisante ; je suis allé au dehors presque chaque jour. Je commence à marcher sans bâton au dehors et même dans les escaliers. Le genou a presque repris sa forme et la jambe peut être étendue jusqu'à sa position normale.

19/4. Dernière séance de Mezger. « Depuis un mois, me dit-il, vous montez beaucoup mieux les escaliers, et avant un an vous ne remarquerez plus rien absolument pendant la marche ; vous pourrez avoir en votre genou une entière confiance. Enlevez le bandage, quand vous aurez trop chaud ; prenez bien garde à votre autre rotule ; celle-ci restera ce qu'elle est. Exercez votre jambe en marchant, en l'étendant, en l'élevant et en montant à cheval. »

A son retour, au mois de mai, j'appris que ce malade avait été un peu plus mal huit jours après la fin du traitement. Depuis lors, il avait été beaucoup mieux, la jambe était plus forte, l pouvait plus aisément la fléchir.

En l'examinant je trouvai à peine quelque trace des anciennes hyperplasies. Il fléchissait sans effort sa jambe jusqu'à 85°. Le fragment supérieur de la rotule dont l'angle externe avait été un peu écarté dans la dernière fracture et s'était consolidé dans sa première position, était séparé du fragment inférieur par une distance de 10 cent. 1/2. Dans cette position, et avec sa seule force musculaire le malade peut étendre complètement sa jambe jusqu'à 18° de l'horizontale. Les deux fragments de la rotule qui naturellement sont complètement mobiles se rapprochent de telle sorte qu'il n'y a plus entre l'un et l'autre

qu'une distance de 1 cent. 1/2. Marche rapide et facile même dans les escaliers et l'on ne découvre qu'une petite inégalité quand le malade marche. Je lui demandai s'il n'était pas gêné par une certaine tendance du genou à se tourner d'un côté ou d'un autre, il me répondit que non ; la seule incommodité qu'il éprouvât c'est que le genou se fatiguait plus vite que l'autre quand il avait marché longtemps. Du reste il pouvait marcher plusieurs heures sur une route et même monter à cheval sans difficulté. J'ai pu observer le cas pendant les deux ans 1/2 qui ont suivi et m'assurer que l'inégalité dans la marche était à peu près insignifiante. D'après mon opinion, cette inégalité dépend d'un peu d'atrophie des muscles de la jambe, et elle diminue de plus en plus à mesure qu'on les exerce. Pendant tout ce temps, le malade a fait son service et il le fait encore aujourd'hui sans difficulté.

Bien qu'il ne soit pas rare de voir des faits singuliers dans la pratique de Mezger, je dois avouer que ce cas m'a rempli d'étonnement et d'admiration; d'étonnement à cause du brillant résultat obtenu, et d'admiration à cause de la hardiesse de la méthode employée.

J'en conclus naturellement que si, lors du traitement de la première fracture on eût procédé d'après les mêmes principes, qu'elles qu'eussent été du reste les difficultés, on n'aurait eu ni reliquats inflammatoires ni rigidité articulaire, ou du moins ils eussent été beaucoup moindres qu'ils ne l'ont été......... Ce cas nous montre de plus qu'il faut avoir surtout en vue dans le traitement des fractures de la rotule de conserver la mobilité de la jointure.

En 1877, dans un entretien que j'ai eu avec le docteur Mezger, il m'a affirmé qu'il traitait depuis longtemps de la sorte toutes les fractures de la rotule et qu'il n'avait jamais la

moindre entrave à la complète utilité de l'articulation. Une condition peu avantageuse pour la marche en avant est la mobilité complète du fragment parce que le triceps fémoral ne peut en aucune manière agir sur la jambe quand celle-ci doit être tenue étendue ; il ne faut attacher que peu d'importance à l'écartement des fragments par ce qu'il est compensé tout à fait ou à peu près par la réaction du muscle triceps qui se fait nécessairement, et cet écartement suffisant est une condition indispensable pour la flexion de la jambe [1].

Cette observation peut être complétée par les renseignements que donne M. Kleen sur l'état ultérieur du malade. « Le 18 janvier 1888, dit cet auteur, comme j'écrivais le chapitre relatif aux fractures, je rendis visite á Baron S. (le malade dont il a été question) que je connais personnellement, de manière à savoir au juste dans quel état se trouvait l'articulation antérieurement lésée : il se prêta de bonne grâce à mon examen. Je trouvai ce malade dans l'état qu'avait déjà décrit Berghmann, avec cette différence toutefois, que l'écartement entre les fragments était plus considérable que lors du dernier examen ; il mesurait 3 centimètres. Dans l'extension active, ils faisaient un angle que j'ai évalué approximativement à 18°. La flexion était augmentée, presque normale. Lorsqu'elle atteignait son maximum, la distance entre les fragments était un peu plus grande qu'auparavant.

1. *Hygiea*, mai 1879. Svensk. läkaresällskap... Förhandl. 41.

Atrophie manifeste de la cuisse droite. Cette atrophie n'atteint pas toutefois un degré exagéré. La plus grande différence entre la circonférence maximum du côté droit et du côté gauche est de 2 centimètres. La gêne fonctionnelle est assez prononcée. M. S., peut marcher vite, mais non sauter. La claudication telle que l'a décrite Berghmann existe toujours, elle vient de ce que la jambe est un peu déjetée dans la marche. Elle ne tient pas complètement ou en grande partie, comme l'a cru ce médecin, à l'atrophie musculaire, mais à la présence de la longue bande fibreuse élastique et extensible qui unit les deux fragments de la rotule. Par suite d'une atrophie prononcée le pied peut être déjeté dans la marche,mais dans le cas actuel, l'atrophie était légère, et je connais des malades chez lesquels une plus marquée des muscles de la cuisse n'est accompagnée d'aucune claudication. La jambe n'est pas sûre. M. S. déclare qu'il ne peut pas complètement s'y fier. Sans que je le lui demande, il me déclare que quand elle atteint un certain degré de flexion, elle plie sous lui. Ce malade qui est aujourd'hui colonel peut s'acquitter de ses obligations militaires ; faire de longues promenades, même chasser, mais en s'appuyant sur une canne. »

Cette observation ne resta pas longtemps isolée. Dès le mois de mai 1880, Wilhelm Bolin communi-

quait à la Société de médecine de Stockholm le fait suivant dans lequel le résultat fut également satisfaisant.

### Obs. XCIII

*Fracture de la rotule. — Massage, mobilisation précoce. — Conservation des mouvements de l'articulation.*

Anders Ollson de Morup, âgé de 31 ans, entre le 15 novembre dernier à l'hôpital de Warberg. Pendant qu'il était occupé à ferrer un cheval, il a été jeté sur une aire de pierre ; le genou gauche a été fortement frappé. Immédiatement après le blessé remarqua qu'il ne pouvait se tenir seul debout et même que quelque chose s'était cassé dans son genou ; il demanda à entrer à l'hôpital. A son entrée ce malade, qui est grand et fort, ne se plaint que d'un peu de douleur dans le genou droit et le voisinage. Il raconte qu'aussitôt après sa chute, il lui a été impossible de se servir de sa jambe. On découvre aisément une fracture oblique de la rotule, avec un assez grand écartement des fragments ; la jambe étendue, on peut mettre un doigt entre eux. Pas de sensibilité particulière ; pas d'épanchement dans l'articulation ; contusion périarticulaire. Sachant combien de temps réclame l'ancien mode de traitement et que de plus ce qui pourrait arriver de mieux au blessé ce serait de conserver de la raideur du membre, et tenant compte de la communication du professeur Rossander, l'auteur résolut d'employer le massage et de placer ensuite un bandage ordinaire. Le lendemain la jointure était sensible à la pression ; de plus épanchement assez abondant pour que l'on eût pu difficilement reconnaître la fracture si facile à

constater la veille au soir. On fait de nouveau le massage et l'on s'aperçoit bientôt que la sensibilité était un peu diminuée ; puis on place un bandage et on avertit le malade de marcher avec précaution dans la salle en s'appuyant sur une canne solide.

Le traitement fut continué régulièrement de telle sorte que le massage fut fait matin et soir. L'épanchement et la sensibilité diminuèrent ; en même temps la force du membre augmenta. A la sortie de l'hôpital le malade pouvait marcher sans difficulté [1].

L'année suivante Walmark publie un nouveau cas [2]. La communication du professeur Tilanus d'Amsterdam faite à la première séance du premier Congrès des chirurgiens français le 9 avril 1885, attira plus encore peut-être qu'elle ne l'avait fait jusque-là l'attention du public médical français sur ce point. Les résultats statistiques apportés par lui étaient propres à démontrer, comme il l'avait affirmé, que les fractures de la rotule guérissaient mieux quand on les traitait par la compression, le massage et les mouvements, que quand on immobilisait rigoureusement d'après l'ancienne méthode. Voici le tableau donné par lui :

1. *Eira*, 31 janvier 1880, p. 59.
2. *Hygiea*, 1882, p. 562.

TRAITEMENT PAR L'IMMOBILISATION ET LES MOYENS DE COAPTATION EXTÉRIEURS

| DURÉE du TRAITEMENT. | ANGLE DE FLEXION | | | | DIFFÉRENCE du poids que le membre normal peut lever en comparaison du membre malade. | DISTANCE des FRAGMENTS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | MOUVEMENT ACTIF | | MOUVEMENT PASSIF | | | | |
| | genou normal. | genou malade. | genou normal. | genou malade. | | Extension. | Flexion. |
| | degré. | degré. | degré | degré | kil. | | |
| I. — 3 mois | 57 | 57 | 39 | 32 | 2 | 0 | 0.005 |
| II. — 2 » | 67 | 119 | 40 | 86 | 10 | 0.01 | 0.018 |
| III. — 9 » | 44 | 113 | 32 | 97 | 1 | 0 02 | 0.03 |
| IV. — 2 1/2 | 51 | 71 | 44 | 54 | 4.500 | 0.017 | 0.028 |
| V. — 3 » | 57 | 86 | 45 | 78 | 2 | 0.0·4 | 0.028 |
| VI. — 10 » | 60 | 74 | 48 | 64 | 2 | 0.05 | 0.01 |
| VII. — 3 » | 60 | 90 | 50 | 70 | » | 0.08 | 0.10 |
| VIII. — 7 » | 65 | 55 | 50 | 50 | 1 | 0.05 | 0.02 |
| Moyenne 5 mois | 57 | 83 | 49 | 66 | 3 | 0.02 | 0.04 |

TRAITEMENT PAR LA COMPRESSION, LE MASSAGE ET LES MOUVEMENTS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. — 48 jours | 45 | 48 | 42 | 35 | 2 | 0.008 | 0.015 |
| II. — 43 » | 57 | 60 | 45 | 48 | 2 | » | » |
| III. — 42 » | 50 | 90 | 40 | 80 | 3 | 0.005 | 0.001 |
| IV. — 30 » | 70 | 70 | 45 | 60 | 0 | 0 | 0 |
| V. — 35 » | 40 | 100 | 25 | 95 | 10 | 0.02 | 0.11 |
| VI. — 49 » | 70 | 90 | 55 | 85 | 4 | 0.015 | 0.055 |
| Moyenne 41 jours | 55 | 78 | 42 | 86 | 3.5 | 0.072 | 0.02 |

Presque en même temps MM. Lucas-Championnière et Tripier de Lyon eurent l'idée de tirer parti de la méthode préconisée par l'Ecole d'Amsterdam.

Un malade du service de M. Tripier atteint de fracture de la rotule fut guéri sans les appareils immobilisateurs ordinaires, par la compression, le massage et les mouvements articulaires, et le Dr Rafin publia quelques

temps après la relation de ce cas[1] sans adopter la méthode d'une manière aussi définitive. M. Léonardon Lapervenche a fait du massage pour des fractures de la rotule dans les différents services où il a passé. Voici comment il a procédé : Le massage a été fait dès le premier jour de l'arrivée ; il consistait en larges effleurages centripètes puis en frictions sur les parties latérales des fragments rotuliens, au moyen de toute la surface de la paume de la main et des doigts. On tâchait d'obtenir après chaque séance de 15 minutes le rapprochement des fragments, puis le membre entouré d'un bandage ouaté était placé dans une sorte de petit hamac suspendu au ciel de lit, maintenant le membre élevé, le talon distant du plan du lit de 30 à 35 centimètres. Le massage a été bien supporté dès la première séance ; dans l'intervalle, absence absolue de la douleur, effleurage joint aux frictions, pétrissage et tapotement des muscles de la jambe et de la cuisse. »

L'intervention hardie de Mezger, la communication de Tilanus, sont donc devenus l'origine et le point de départ d'un méthode nouvelle dans le traitement des fractures de la rotule.

Depuis Hippocrate, les chirurgiens s'étaient préoccupés avant tout de rétablir l'intégrité morphologique du membre et par conséquent la soudure de l'os divisé.

1. *Lyon médical*, 5 septembre 1886.

La nouvelle école se plaçait sur un terrain différent. Peu importe la consolidation, peu importe l'écartement des fragments, si le malade marche et se sert du membre inférieur comme avant l'accident. Mieux vaut une jambe qui fonctionne, se plie et s'étend avec une rotule en deux morceaux, qu'une jambe rigide avec une rotule intacte. Les causes des troubles secondaires sont les mêmes que dans toutes les fractures intra-ou para-articulaires. Ce sont l'atrophie musculaire et la rétraction de la capsule. Prévenons-les et nous guérirons notre malade autant qu'il peut être guéri. En mobilisant de bonne heure et en massant, on se propose de prévenir l'atrophie du triceps crural, de favoriser la résorption de la sérosité que renferment la synoviale articulaire et les tissus qui l'entourent. On réussit en général : on prévient l'arthrite et l'atrophie, on fait disparaître très vite la douleur et la tuméfaction locale. Reste à savoir si on atteint le but qu'on voulait atteindre; si une articulation fémoro-tibiale à rotule fragmentée en vaut une dans laquelle cet os est intact. Les chirurgiens sont loin d'être unanimes dans leurs réponses.

Après avoir excité un intérêt très vif, presque de l'enthousiasme, la méthode nouvelle est arrivée à une seconde phase moins brillante. Kleen ayant examiné le malade présenté par Berghmann à la So-

ciété de médecine de Stockholm a fait remarquer judicieusement que si au lieu d'une rotule le malade se fût cassé les deux, et que le traitement eût donné les mêmes résultats de chaque côté, il lui serait à peu près impossible de marcher.

Cette observation est vraie. Faut-il rejeter le massage du traitement des fractures de la rotule parce qu'il n'est pas toujours et seul indiqué? Nullement. Lors même qu'on se propose avec raison d'obtenir la consolidation la meilleure possible, on peut encore l'utiliser à titre de médication préalable ou adjuvante.

Dans les quatre observations de M. Léonardon Laperveuche, les fragments furent trois fois maintenus rapprochés par les griffes de Malgaigne et de Duplay. Je ne crois pas qu'aujourd'hui on soit autorisé à proposer toujours, pour tous les cas, une méthode et à négliger les indications accessoires. Le massage et les mouvements passifs ne seront vraiment utiles que quand ils n'auront aucune chance d'augmenter l'écartement des fragments ou d'entraver la formation du cal. D'un autre côté, il ne faudra jamais perdre de vue, quand on les appliquera, l'état du triceps crural : c'est son atrophie surtout qu'il est bon de combattre, car c'est elle qui est en grande partie cause des troubles fonctionnels ultérieurs.

6° *Os de la jambe.* — Presque tous les auteurs qui

se sont occupés du massage ont rappelé des fractures du péroné dans lesquelles il a fait merveille.

M. Lucas-Championnière donne 9 observations ; M. Maison, 10 ; M. Léonardon-Lapervenche, 10 ; M. Rafin, 5.

Dans tous ces cas, les accidents immédiats ont été conjurés, la consolidation a été facile et plus rapide que quand on traite par l'immobilisation seule. « Il faut, d'après Malgaigne, pour que cette consolidation soit effectuée 30 jours s'il n'y a pas de déplacement ; il est indispensable dans d'autres cas de laisser l'appareil 35 à 40 jours.

Hamilton ne le laisse que 3 ou 4 semaines. Chez nos malades la consolidation a été obtenue en 7 jours, 21 jours, 96 jours, pour les cas où il n'y avait soit aucun, soit peu de déplacement, et en un peu plus de 40 jours dans un cas de fracture très complexe des deux malléoles ». (Rafin).

Ces données nous paraissent suffisamment explicites. Le massage est un agent thérapeutique de valeur ; ce que nous avancions, en 1884, est vrai : on peut hardiment l'employer dans les premiers jours qui suivent l'accident pour remédier aux désordres accompagnant la solution de continuité des leviers osseux, pour soulager le malade, pour hâter la disparition du gonflement ; on peut l'employer plus tard s'il existe des raideurs articulaires et de l'im_

potence fonctionnelle persistante. Mais à ces deux indications s'en est ajoutée une troisième. La mobilisation précoce et le massage combinés doivent constituer une méthode d'élection dans un certain nombre de fractures intra et para-articulaires.

L'observation qui va suivre montre que le massage peut être utilisé dans des conditions différentes de celles que nous avons vues : une fracture des deux os de la jambe était consolidée, mais la persistance d'une arthrite tibio-tarsienne et d'un foyer de myosite chronique au voisinage du cal constituaient presque une infirmité.

### Obs. XCIV

*Ancienne fracture des deux os de la jambe. — Arthrite tibio-tarsienne consécutive à l'immobilisation. — Myosite au voisinage du foyer de la fracture. — Massage. — Guerison.*

M. S..., 35 ans, se fait en 1887 dans une chute une fracture des deux os de la jambe droite à l'union des 2/3 supérieurs et du 1/3 inférieur. La jambe est immobilisée dans un appareil plâtré. Lorsqu'on l'enleva, il y avait de la raideur de l'articulation tibio-tarsienne; c'est à peine si quelques mouvements de faible étendue étaient possibles; le malade ne pouvait pas s'appuyer sur le pied de ce côté sans éprouver une vive douleur tout autour de l'articulation et surtout au niveau du cou-de-pied et dans la région du tendon d'Achille. Il paraît que la tuméfaction était aussi prononcée qu'avant l'enlèvement du bandage. Autre douleur au niveau du tibia ; il semblait s'être

formé un cal exubérant sur le foyer de la fracture. Cette dernière douleur semblait indépendante de la marche et elle ne se faisait qu'au moment des changements de temps, surtout si le malade avait eu les pieds mouillés. Le mal a sensiblement varié ; il y a eu des hauts et des bas. Au printemps dernier les douleurs ont été assez vives pour que le malade ait été obligé de garder le lit plusieurs jours; après cette crise l'état est devenu sensiblement plus mauvais qu'il ne l'était. Ce malade me fut adressé par le professeur Kröhnlein de Zürich qu'il avait consulté l'été dernier. Il se présente à moi dans les premiers jours d'octobre de l'année 1889. Je constate un foyer de myosite au voisinage du foyer de la fracture ; ce point est très sensible à la pression. L'articulation tibio-tarsienne tuméfiée donne une fluctuation assez obscure. Autour, infiltration œdémateuse assez dure.

Les contours du tendon d'Achille sont devenus imperceptibles; la bourse séreuse placée entre lui et le tibia est le siège d'un épanchement. Extension du pied à peu près normale ; la flexion spontanée ou provoquée ne dépasse pas l'angle droit.

*Massage.* Après trois semaines, le malade prétend aller mieux. Il lui était impossible auparavant de marcher plus d'un quart d'heure sans se reposer à cause de la fatigue et des douleurs qu'il éprouvait; il marche maintenant une heure sans fatigue ; au bout de 6 semaines, il est rétabli. Ce malade marche aussi bien qu'autrefois ; il a pu un de ces derniers jours faire sans fatigue une promenade de quatre heures. Quant à la myosite, il n'en reste pas la moindre trace. L'articulation a repris sa forme naturelle ; elle ne renferme plus de liquide. Les contours du tendon d'Achille sont revenus.

Il est possible de porter la flexion forcée jusqu'à l'angle physiologique.

# CHAPITRE VI

## Massage dans les affections du système musculaire

Si l'on dressait une liste des indications du massage par ordre de fréquence, les muscles viendraient sûrement après les articulations ; peut-être devrait-on à la rigueur les placer avant elles ; c'est dans des affections de ces organes qu'on l'a appliqué d'abord empiriquement. Une douleur violente, localisée persistait à la suite d'un accident, on frictionnait et on soulageait les malades. Ceux qui avaient le plus souvent recours à cette thérapeutique, qui en retiraient les meilleurs effets eussent été embarrassés de donner une explication plausible des bons résultats obtenus ; de dire comment ils avaient été amenés à faire le massage et pourquoi il avait réussi. Ils avaient frictionné la première fois au hasard, à la suite de vagues réminiscences ; le malade s'en était bien trouvé ; plus tard d'autres personnes avaient profité de l'expérience ainsi acquise.

Il vient un moment où l'empirisme ne suffit plus ; faute de données précises sur les états qu'on traite on est exposé à méconnaître les contre-indications, à ne

pas saisir les indications un peu délicates, à ne profiter que d'une partie des avantages du procédé.

Nous avons exposé ce que la synthèse des observations publiées jusqu'à ce jour et les expériences physiologiques nous ont appris sur le massage ; nous allons jeter un coup d'œil sur l'histoire des affections du système musculaire dans lesquelles on l'applique avec le plus d'avantage; nous verrons qu'il n'existe aucune contradiction entre ce que nous apprend l'anatomie pathologique et ce que nous montre la clinique. Quand le massage guérit, il est facile d'expliquer pourquoi et comment il guérit.

Pour la commodité de l'exposition nous étudierons :

1° Les affections du corps charnu des muscles;

2° Celles des gaînes tendineuses.

### § 1er. — Affections du corps charnu des muscles.

Nous comprendrons sous ce titre les inflammations, les contractures et les atrophies.

#### I. — INFLAMMATION

Suivant la rapidité du processus, les myosites peuvent être aiguës ou chroniques ; suivant l'étendue des lésions, elles peuvent être bien localisées ou s'étendre à une grande portion d'un muscle : nous allons

nous occuper des variétés en insistant sur celles qui sont justiciables du massage.

### 1° *Myosite aiguë.*

Ses caractères cliniques. — Observations. — Phénomènes notés et résultats obtenus par le massage.

Lorsqu'en 1851 un interne des hôpitaux de Paris, M. Dionis, étudia dans sa thèse inaugurale les inflammations du système musculaire, la question sembla complétement nouvelle. On ne s'était guère en effet occupé de la myosite spontanée ; mais celle qui suit le traumatisme avait été décrite par différents auteurs ; on avait même insisté sur ses symptômes et son diagnostic.

Inconnue des anciens, la myosite fut étudiée d'abord vers la fin du siècle dernier. En 1789, Roch[1] signalait la possibilité d'une inflammation des bourses séreuses de tendons dans le cours du scorbut ; l'année suivante, Ploucquet[2] disait quelque chose sur le tissu musculaire proprement dit ; il s'agissait dans les deux cas d'aperçus théoriques ; les auteurs n'avaient en vue que les phlegmasies spontanées, les plus rares de toutes, leurs travaux furent complètement oubliés ; en 1850 la question n'avait point avancé d'un pas.

1. *De bursis tendinum mucosis*, Leipzig, 1789.
2. *De myositide et neuritide*, Tübingen, 1790.

« L'inflammation des muscles, qu'on appelle myosite, est extrêmement rare, écrivait Vidal de Cassis, en 1855 » et il cherchait à expliquer cette rareté par des raisons anatomiques. Beaucoup de médecins la niaient encore en 1869. Cette pénurie de faits, cette absence de précision dans les idées paraissent d'autant plus surprenantes que la myosite traumatique était connue et bien connue. Dès 1823 Barlow signalait les accidents inflammatoires consécutifs à la rupture des fibres des jumeaux et conseillait de les traiter par les antiphlogistiques[1] — Pouteau[2], Theden[3], Béclard[4], Wardrop[5], avaient dit à peu près la même chose à propos d'autres muscles. « Les suites des déchirures musculaires, dit Chelius[6], sont une douleur violente augmentée par la pression et une dépression au point où s'est faite la déchirure; de la fatigue et une impuissance motrice. Les *accidents inflammatoires* sont souvent très graves et la tuméfaction s'étend sur une étendue plus ou moins grande. »

1. *Case of laceration of the gastrocnemius muscle.* Edinb. med. and surg. Journ. Jul., 1823, p. 358.

2. Œuvres posthumes, II, 724.

3. *Von der Flachsen ausdehnung und Verrückung der Muskelfasern, in* Bemerk. u. Erfah, t. II, p. 195.

4. Additions à l'anatomie gén. de Bichat, p. 215.

5. *On the laceration of the fibres of muscles.* Med.surg. Trans. VIII, 118.

6. Hand. d. Chir, p. 299.

Puisque le tissu musculaire peut s'enflammer sous l'influence d'un insultus traumatique, on est obligé d'ad-mettre que la myosite peut être produite par d'autres causes, soit par la propagation d'une phlegmasie de voi-sinage, soit sous l'influence d'états généraux encore in-connus. Nous ne nous occuperons pas des phlegma-sies spontanées, assez rares du reste, et qu'on ne traite pas d'habitude par le massage. On l'emploie cou-ramment au contraire dans les myosites traumati-ques : c'est elles que nous verrons.

### Obs. XCV

*Myosite du sterno-mastoïdien consécutive à une contusion du cou. — Torticolis — Massage. — Guérison.*

Un forgeron a reçu, il y a trois jours, un coup de barre sur le côté droit du cou. Douleur très vive et depuis ce moment la tête reste immobile quand il essaye de la tourner; ces tentati-ves sont douloureuses, et elles augmentent jusqu'à un certain point la déviation; applications d'eau froide et badigeonnages iodés sans résultat.

La région correspondante du cou est le siége de sugillations tu-étendues; le muscle sterno-mastoïdien de ce côté est très méfié surtout dans son tiers supérieur. Douleur très vive quand on promène le doigt sur la région. Impossible de dé-couvrir une dépression indiquant une rupture des fibres mus-culaires. Les muscles du voisinage paraissent intacts.

Massage. — Résultat tout-à-fait satisfaisant; au bout de 10 minutes, le malade peut remuer la tête. Le lendemain, en

revenant, je trouve que celle-ci a repris sa position vicieuse. Une nouvelle séance de massage produit le même effet. Au bout de 4 jours (une séance par jour) le malade peut mouvoir aisément et sans la moindre douleur la tête en tous sens. Pas de récidive.

### Obs. XCVI

*Myosite aiguë, spontanée, d'une portion du trapèze. — Torticolis. Massage. — Guérison en 3 séances.*

M. B., peintre, avait depuis 3 jours un torticolis tel qu'il ne pouvait plus ramener la tête dans sa position normale. Cette anomalie s'était développée pendant la nuit ; le malade n'avait pas autre chose auparavant qu'un gros rhume ; douleurs vagues dans la nuque, résistance dans la même région, chaque fois qu'il essaye de tourner la tête. A la palpation, la portion correspondante du trapèze est gonflée et douloureuse à la pression. Massage. A la suite d'une séance de 8 minutes ce malade remue la tête sans peine ; après 3 séances, guérison complète.

### Obs. XCVII

*Myosite traumatique du trapèze gauche. — Torticolis de compensation. — Massage ; rectification graduelle ; mouvements passifs. — Guérison presque complète.*

M. E. Américain, s'adresse à moi dans les premiers jours du mois de mai 1886. L'été précédent, ce malade était tombé de cheval. Dans sa chute la tête avait été inclinée avec une telle violence vers le thorax que les muscles du côté gauche de la nuque furent violemment tiraillés ; rupture fibrillaire assez étendue dans le trapèze de ce côté ; épanchement

sanguin sous-cutané, tuméfaction de la moitié gauche de la nuque. Rotation de la tête à droite. Grâce à l'application de compresses froides et de sangsues, les douleurs spontanées et la tuméfaction disparaissent, mais la déviation de la tête persiste ; chaque tentative de rectification que fait le malade est suivie de violentes douleurs du côté opposé.

A partir d'un certain moment son état parut rester stationnaire. Après avoir été traité sans succès par plusieurs médecins de son pays, il vint à Paris prendre une consultation du professeur Charcot qui voulut bien me l'adresser. Au moment où je vis ce malade (mai 1886), la tête était inclinée vers l'épaule gauche et la face déviée à droite, position caractéristique qu'on voit dans tous les torticolis ayant pour origine une affection du sterno-mastoïdien ou du trapèze. L'épaule gauche était soulevée par la contraction de ce muscle, dans sa portion cervicale (à peu près au milieu) on trouvait facilement un foyer du volume d'une petite noisette plus dur que les tissus du voisinage.

Les mouvements de flexion et d'extension sont possibles mais limités ; les mouvements de rotation sont restreints des deux côtés, mais surtout à gauche ; avec des mouvements passifs légèrement forcés on étend un peu la rotation. Il s'est fait du côté du tronc une sorte de scoliose de compensation. Grande courbure à gauche, petite courbure de compensation dans les régions lombaire et cervicale; ces déviations donnent un aspect grotesque au malade.

*Massage* énergique de l'induration musculaire ; mouvements de rotation dirigés avec beaucoup de précaution dans les deux sens ; ceux-ci sont assez douloureux lorsqu'on approche de leur limite extrême. Après 2 mois de traitement, le malade est obligé de retourner en Amérique. Il y avait déjà une

amélioration sensible, les mouvements de la tête étaient plus faciles et plus étendus, la scoliose moins prononcée. Revient au mois de février suivant pour compléter le traitement qu'il continue jusqu'au milieu d'avril, époque où il est de nouveau obligé de quitter Paris. A ce moment, n'éprouve presque pas de gêne dans la tête ; les mouvements de rotation du côté droit sont normaux : du côté gauche, il reste une légère correction à faire ; se tient sensiblement droit durant la marche, l'induration du trapèze a disparu.

### Obs. XCVIII (*Gottlieb*)

*Myosite traumatique des muscles pré-vertébraux du côté gauche. — Passage à l'état chronique. — Poussée aiguë à la suite d'un nouveau traumatisme. — Massage. — Guérison.*

M. N., capitaine d'infanterie, âgé de 39 ans, éprouve, après s'être baissé brusquement, une violente douleur accompagnée d'une sensation de déchirure dans la région lombaire. Pendant un mois il ne put ni marcher, ni se baisser, mais il n'a aucune douleur spontanée. Pendant la marche, il éprouve toujours une vive douleur dans les lombes et la jambe correspondante. Depuis 3 ans, il a eu diverses alternatives d'amélioration et d'exacerbation, malgré tous les traitements suivis. Il y a trois semaines, les douleurs se sont reproduites avec leur intensité primitive à la suite d'un effort pour soulever un fardeau.

Aujourd'hui (3 octobre 1873) toutes les masses musculaires du côté gauche de la colonne vertébrale sont tuméfiées.

Au toucher, elles donnent une consistance pâteuse qui va jusqu'au cou, et s'étend également vers le côté ; en haut, elle se termine par une limite très nette. Les muscles intéressés son

très sensibles à la pression. L'aspect de la peau est normal, mais à la suite d'un choc léger elle s'injecte plus vite et plus fortement que du côté sain.

Massage. Au bout de 25 jours, la sensibilité et la consistance anormales ont disparu ; plus de douleur dans les mouvements.

### Obs. XCIX

*Myosite traumatique des muscles carré des lombes et oblique du côté gauche. — Irradiations douloureuses. — Contractures consécutives de tous les muscles de la jambe et de la cuisse. — Massage. — Guérison.*

Comtesse D... a, depuis plusieurs semaines, une contracture de la jambe gauche qui rend la marche impossible. Cette contracture de nature essentiellement nerveuse quoique indolente et ressemblant à une véritable contracture tétanique est telle qu'elle ne peut faire le moindre mouvement de l'articulation du pied, du genou ou de la cuisse.

Tous les muscles du membre sont durs et contracturés. Douleur peu vive, sauf dans les tentatives de mouvement. Cet état remonte à 50 jours ; il avait débuté à la suite d'un mouvement brusque en avant pour ramasser une épingle ; la malade avait alors éprouvé dans les lombes une douleur violente avec sensation de déchirure. Un médecin appelé à ce moment avait prescrit un baume calmant et déclaré qu'avant huit jours tout serait fini. Au lieu de cela, la contracture décrite plus haut se montra le troisième jour. Un second médecin prescrit un vésicatoire *loco dolenti :* puis pendant une dizaine de jours, faradisation ; pas d'amélioration, de plus le dernier traitement produisait des accidents nerveux insupportables. On propose des

pointes de feu qui sont refusées. L'examen de la région primitivement douloureuse fait découvrir sans peine une myosite produite par une rupture musculaire en un point correspondant aux dernières côtes. Cette rupture intéressait probablement un certain nombre de fibres du carré des lombes et de l'oblique externe ; dans une étendue égale à celle de la paume d'une main d'enfant, on avait une vive douleur à la pression. A ce niveau le tissu musculaire semblait tuméfié et donnait au doigt explorateur une sensation pâteuse ; douleur en bas dans la cuisse et la jambe correspondante et en haut sous forme de névralgie intercostale; tout portait donc à croire que la contracture et les irradiations étaient des conséquences de la myosite traumatique.

En établissant le traitement, nous eûmes en vue deux indications fondamentales : 1° agir sur la myosite et par conséquent la douleur locale par effleurage ; 2° combattre par des frictions plus énergiques la contracture musculaire et l'atrophie consécutive. Ces deux manipulations furent exécutées l'une après l'autre dans le cours d'une même séance. Cinq jours après le début du traitement, la malade avait pu, pendant la nuit, remuer la jambe gauche et lui donner une autre position. Depuis ce moment, l'amélioration fut continue, de sorte que la malade pouvait marcher avec des béquilles : même au bout de 6 à 7 jours, elle se promenait déjà dans la chambre en s'appuyant sur une canne. Tous les mouvements étaient redevenus libres. Au bout de 20 jours, elle pouvait marcher sans trop de peine en donnant le bras à son mari ; 10 jours plus tard, elle montait et descendait les escaliers et même sautait dans sa voiture. La jambe était encore faible, mais l'atrophie ayant sensiblement diminué, la malade ne boîte presque plus. La douleur et la contracture ont absolument disparu.

Six semaines plus tard, je reçois de cette malade, qui était allée à la campagne, la nouvelle qu'il ne reste plus de traces de l'état antérieur.

Obs. C (*Wretlind)*

*Myosite des muscles de la masse sacro-lombaire du côté gauche. — Massage. — Guérison.*

Un ouvrier a, depuis 2 mois, une grande difficulté des mouvements à cause d'une douleur de la partie inférieure du dos. Depuis 5 jours, cette douleur a notablement augmenté malgré l'emploi de divers liniments calmants, de sorte que le malade enlève difficilement ses habits et se soumet plus difficilement encore aux recherches. Il est probable que la cause de tout était une distension exagérée, éprouvée pendant le travail (le malade était tisserand) ; muscles de la masse sacro-lombaire tuméfiés, douloureux, sensiblement plus volumineux que ceux du côté sain. Massage. Amélioration très sensible après 20 séances.

Obs. CI

*Myosite traumatique du grand fessier. — Massage. — Guérison au bout de 3 jours.*

Le Dr D.... tombe de cheval dans un manège au mois de septembre 1889. C'est la fesse droite qui a porté, vive douleur à ce niveau ; vient en marchant tant bien que mal réclamer mes soins. La région fessière droite est très tuméfiée, le grand fessier a été le plus sérieusement atteint de tous les muscles ; il est très sensible au toucher et donne une sensation d'empâtement.

*Massage.* Après la première séance, le malade marche

mieux; il n'est nullement obligé de prendre le lit. Séance pendant 3 jours de suite; à partir de ce moment, il alla si bien qu'il put marcher et monter à cheval.

### Obs. CII (*Wretlind*)

*Myosite traumatique des muscles grand et moyen fessier. — Impossibilité de la marche et de la station verticale. — Massage. — Guérison au bout de 12 jours.*

Hans J., âgé de 7 ans 1/2, éprouve dans le genou une douleur telle qu'il ne peut ni marcher, ni rester debout, ni étendre la jambe. Ce petit malade est tombé la jambe sous lui dans le cours de l'après-midi. Fomentations froides; frictions faites par sa mère d'après la prescription du médecin ordinaire de la maison. Se sentant bien, il se lève au bout de 5 jours; mais il est obligé presque aussitôt de se recoucher à cause de l'impossibilité de marcher et d'une violente douleur dans le genou. On le traite par l'immobilisation avec élévation du membre, parce que le médecin craint une affection de la hanche. Après une semaine de ce traitement, l'enfant essaye de nouveau de se lever, mais, au bout de deux jours, il est obligé de reprendre le lit. Il se plaint de sensibilité pendant le décubitus dorsal et les mouvements de la jambe.

W. l'examine le premier juin et trouve une myosite des muscles grand et moyen fessiers et de quelques parties de l'extenseur de la cuisse. Massage, deux séances par jour. Au bout de 6 jours, le petit malade peut se promener dans sa chambre ; 2 jours plus tard, il peut sortir. Après un traitement de 12 jours la guérison est complète.

### Obs. CIII

*Myosite aiguë traumatique d'un des adducteurs de la cuisse. — Massage. — Mouvements actifs. — Guérison en 14 jours.*

En montant à cheval, un jeune homme se frappe contre le pommeau de la selle ; distension exagérée d'un des adducteurs de la cuisse ; ecchymose sous-cutanée et contusion de la branche montante du pubis. Massage. Pendant toute la durée du traitement, le malade peut faire sa promenade accoutumée ; guérison complète en 14 jours.

### Obs. CIV

*Myosite aiguë consécutive à une rupture partielle du tendon du droit antérieur de la cuisse. — Immobilisation. — Contracture légère et atrophie partielle du muscle — Diminution des mouvements du genou. — Massage. — Guérison.*

M. Z. se plaint d'une faiblesse de la jambre droite, surtout marquée à la suite de promenades un peu longues et lorsqu'il monte les escaliers. Au mois de mars dernier, étant en voyage, il se serait fait, en sautant une planche, une rupture musculaire au-dessus de la rotule. Traité par l'immobilité, il a gardé le lit pendant sept semaines ; quand il se releva, il pouvait marcher difficilement. A trois travers de doigt au-dessus de la rotule, on trouve, sur le tendon du droit antérieur de la cuisse, une dépression capable de recevoir l'extrémité du médius. Le tissu conjonctif du voisinage a une consistance plus ferme qu'ailleurs : La dépression et la cicatrice n'intéressent le muscle que dans une partie de son épaisseur ; il y a donc tout lieu de croire que la rupture musculaire a été simplement partielle.

C'est, du reste, l'opinion du médecin qui avait soigné le malade après l'accident. Le droit antérieur est notablement atrophié ; il est plat et a perdu en grande partie son élasticité. L'articulation du genou est intacte : seulement, ses mouvements sont un peu limités en arrière.

10 septembre. Massage du muscle ; flexions forcées du genou. Guérison après six semaines.

### Observation CV

*Myosite aiguë consécutive à une rupture partielle d'un des jumeaux. — Guérison au bout de douze jours. — Massage.*

M. X..., Suédois, de forte constitution, très solidement bâti, éprouve, en gravissant une pente rapide dans les montagnes, une douleur violente et brusque dans les muscles du mollet droit ; il a même la sensation du craquement. Il peut difficilement revenir, en s'appuyant sur le bras d'un de ses amis, jusqu'à l'hôtel qu'il habitait et qui était très peu éloigné du lieu où l'accident était arrivé. Le médecin appelé déclara qu'il s'agissait d'un simple effort et qu'avec une application de compresses froides tout serait passé en quelques jours. Je le vois à Paris aussitôt après la disparition des accidents les plus aigus. Ce malade monte l'escalier très péniblement tandis qu'en s'appuyant sur une canne ; il marchait, au contraire, sans trop de douleur et sans grande difficulté sur un terrain uni.

En examinant la région malade, je vis les restes d'une sugillation sanguine assez étendue. Il y a sur le corps charnu du jumeau correspondant une douleur et un gonflement d'autant plus marqués qu'on se rapprochait davantage de sa partie inférieure. Au point d'origine du tendon, on pouvait même reconnaître qu'il y avait une dépression profonde à peu près de la

largeur d'un pouce, correspondant à une déchirure d'un certain nombre de fibres musculaires et tendineuses. Cette dépression était, selon toute probabilité, remplie par un caillot.

Massage. — Après la quatrième séance (une par jour), le malade pouvait déjà marcher sans canne. Le douzième jour, le gonflement avait disparu ; pas de douleur à la pression. Pendant toute la durée du traitement, le malade a continué de marcher.

### Obs CVI

*Myosite consécutive à une rupture partielle du muscle tibial intérieur. — Contracture légère. — Guérison.*

Mme C., 32 ans, traitée pour une fracture était guérie. Le cal avait une solidité suffisante pour qu'elle pût faire des promenades dans sa chambre. Étant assise il y a quelques jours près du feu, elle fit un mouvement brusque de rétraction de la jambe, et ressentit aussitôt une vive douleur dans le mollet ; la nuit suivante elle eut une contracture qui disparut assez vite. Le lendemain, elle avait sur la face interne de la jambe une petite suffusion sanguine ; pas d'exagération de la sensibilité à la pression. Au contraire, on provoquait, sur une surface peu étendue du mollet, une sensation très douloureuse, correspondant à une petite élévation que la malade elle-même reconnaissait. Pas d'autre phénomène qu'un peu de contracture lorsqu'elle voulait marcher. La douleur, à la pression, était plutôt augmentée que diminuée et elle s'étendait dans le sens latéral ; cette douleur siégeait toujours dans une couche musculaire profonde. Il y avait en outre une synovite tendineuse de la partie supérieure de la gaîne du tendon du muscle tibial postérieur. Une première poussée qui s'était faite du côté de cette

gaîne avait disparu par le massage. 7 séances, à deux par jour, suffisent pour avoir raison de tout.

Dans les 12 observations que nous donnons dans ce chapitre et dont 9 nous sont personnelles, nous trouvons parmi les causes indiquées :

4 fois des coups, 5 fois des mouvements brusques; une fois une crampe, une fois des mouvements professionnels automatiques chez un tisserand, une fois une exposition brusque au froid.

Pendant mon séjour à Ragatz, j'ai eu souvent l'occasion de voir des myosites aiguës chez des joueurs novices ou trop zélés de lawn-tennis ; elles se manifestaient d'habitude par une douleur extrêmement vive dans les muscles du jarret ; le malade, pour ainsi dire cloué sur place, inquiet à l'extrême, réclamait un secours immédiat.

J'ai vu la même chose pour d'autres muscles, le biceps en particulier et même le grand droit antérieur de l'abdomen (à la suite d'un accès de toux). L'accident initial correspondant au moment de la catastrophe était sûrement la rupture de quelques fibres musculaires. Presque toujours ces ruptures avaient lieu à la suite d'une violente contraction. J'en ai vu quelques-unes qui avaient été produites par un choc direct sur la peau ; dans un brusque tour que fit un individu sur lui-même, la saillie du mollet du côté gauche

est frappée par l'extrémité du pied droit chaussée d'un soulier de montagne. On peut donc résumer d'une façon générale l'étiologie des myosites aiguës traitées par le massage en disant qu'elles sont à peu près toujours consécutives à des tiraillements et à des ruptures traumatiques de quelques fibres d'un muscle déterminé.

Les lésions sont bien limitées autant qu'on peut le supposer d'après les symptômes, car je ne sache pas que, dans les cas légers, on ait jamais eu l'occasion de faire d'examens nécroscopiques : un petit nombre de fibres sont rompues; il se forme un caillot entre elles et plus tard, quand on n'intervient pas, un foyer d'exsudation plus ou moins limité.

Les symptômes initiaux sont peu variables; ils consistent en une ecchymose peu étendue; en une déformation locale peu sensible quand elle existe. J'ai senti quelquefois à la palpation, dans les cas récents, une sorte de dépression dont le fond était occupé par une substance plus molle que les tissus environnants; c'était selon toute probabilité le caillot sanguin.

Les symptômes subjectifs varient d'après la région et le muscle intéressé. Nos trois observations relatives au cou relatent deux cas dans lesquels l'inflammation, d'origine traumatique, siégeait dans le trapèze et un dans lequel le sterno cleïdo-mastoïdien seul était pris; dans tous les trois il y eut du

torticolis ; une fois même (myosite du trapèze) la période aiguë était finie depuis longtemps ; comme à ce moment on n'avait pas traité l'affection d'une manière suffisamment énergique, il s'était produit une sorte de déviation compensatrice de la colonne vertébrale par suite de laquelle le malade présentait pendant la marche un aspect passablement grotesque.

Un capitaine d'infanterie âgé de 39 ans atteint de myosite traumatique des muscles prévertébraux eut pour principal symptôme une impossibilité absolue de se déplacer et de se baisser ; lorsque les phénomènes aigüs furent passés, il se plaignit de violentes douleurs durant la marche.

Une inflammation du carré des lombes ayant pour origine une petite rupture que le malade se fit en se baissant trop brusquement pour ramasser une épingle s'accompagna d'une douleur qui, à la pression, s'irradiait dans le membre inférieur correspondant, et en haut sous forme de névralgie intercostale. Les muscles de la cuisse étaient contracturés ; la jambe était fléchie et il était impossible de l'étendre.

Les myosites des masses musculaires de la fesse ont presque toujours donné lieu à de la douleur localisée, parfois spontanée, toujours provoquée par la pression et à des contractures suffisantes pour déterminer de la claudication ou rendre la marche impossible.

Des phénomènes analogues sont observés après les

myosites de la jambe; nous donnons plus loin des observations dans lesquelles les jumeaux et le tibial postérieur avaient été plus ou moins intéressés; les symptômes les plus frappants immédiatement après l'accident et un peu plus tard furent la douleur et l'impuissance fonctionnelle.

Les observations qu'on vient de lire montrent que les myosites aiguës d'origine traumatique abandonnées à elles-mêmes, se terminent le plus souvent par le passage à l'état chronique. La tuméfaction locale et les sugillations disparaissent, mais il reste une zone d'induration ou d'empâtement plus ou moins étendue et presque toujours très sensible à la pression; la capacité fonctionnelle est en partie mais pas complètement revenue; il y a des contractures, des immobilisations d'une région déterminée dans une situation vicieuse, enfin les points sur lesquels a porté l'inflammation continuent d'être le siège d'un peu d'empâtement, d'une douleur parfois très vive à la pression; il est toujours indispensable de faire ce qu'on peut pour prévenir ces accidents. La meilleure des médications pendant la période aiguë et la période chronique, c'est le massage. Dans les six heures qui suivent l'accident, il donne des résultats surprenants; j'ai vu des personnes souffrir à tel point qu'elles redoutaient comme le feu le plus léger mouvement; après une seule séance, l'amélioration était telle qu'elles pouvaient marcher.

### 2° *Myosite Chronique.*

Généralités. — Historique. — Etiologie et pathogénie. — Rapports de la maladie avec le rhumatisme. — Anatomie pathologique. — La symptomatologie varie suivant les régions.

La myosite chronique peut se présenter dans deux conditions : elle est consécutive à la myosite aiguë traumatique que nous venons de voir ou elle est chronique d'emblée. Jusqu'au jour où l'on s'est aperçu que son domaine clinique était beaucoup plus étendu qu'on n'aurait pu le supposer ; que le massage était, sinon la médication spécifique, au moins une des meilleures qu'on pût diriger contre elle, on ne l'avait étudiée que d'une manière imparfaite. Les recherches avaient été dirigées de telle sorte que l'affection n'avait jamais été envisagée qu'à un seul point de vue et d'un seul côté. On s'en occupait comme d'une dépendance secondaire du rhumatisme pouvant avoir un certain intérêt en pathologie générale et en séméiotique, mais qu'il serait inutile de traiter isolément.

Le premier qui a signalé l'existence de la myosite chronique d'emblée ou mieux de la plus constante de ses manifestations extérieures, c'est Froriep[1] : encore

1. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Rheumatismus. Weimar, 1843.

ne croyait-il pas que les indurations découvertes chez certains sujets et qu'il appelait rhumatismales (rheumatische Schwiele) fussent de nature inflammatoire. Dans 150 cas observés par lui, il les vit manquer seulement deux fois. La lésion ne siégeait pas toujours dans le système musculaire ; Froriep avait, à plusieurs reprises, trouvé des foyers d'induration dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et même le périoste. Lobstein le premier déclara qu'il s'agissait purement et simplement de myosites chroniques dont le rhumatisme était la cause prédisposante [1]. Naumann, en rapportant trois cas d'affections musculaires suppurées consécutives au rhumatisme démontra que sous son influence il pouvait se produire des accidents inflammatoires analogues par leurs symptômes, leurs lésions et leur terminaison à ceux qu'on rencontre dans des conditions absolument différentes [1] ; il ajouta que les indurations de Froriep étaient rares [2]. Malgré cela, l'opinion des cliniciens n'était pas fixée : ainsi en 1867, Oppolzer, reprenant les idées de Froriep, concluait après avoir examiné un noyau du soléaire, que c'était une lésion purement rhumatismale, n'ayant rien d'inflammatoire ; il ajoutait que les indurations de même nature étaient les plus communes

1. *Pathologische Anatomie*, II.

2. *Ergebnisse und Studien aus d. med. Klinik zu Bonn*, Leipzig, 1860.

de celles qu'on pouvait rencontrer dans les muscles[1].

Peu de temps après Hillier rapporta une observation dans laquelle il se fit chez un enfant une véritable éruption de nodosités dans un cas de rhumatisme articulaire aigu[2] : M. Jaccoud avait également parlé de nodules sous-cutanés analogues par leur siège et leur consistance aux indurations de Froriep; enfin, plus tard, Magnet de Lyon (1875), Rehn (1878), Hirschsprung (1881), Barbour et Werner, Troisier et Brocq, insistèrent sur les mêmes phénomènes. Il est donc bien prouvé que le rhumatisme aigu ou chronique peut produire soit lentement soit rapidement une série d'indurations, capables de siéger dans le tissu conjonctif, sous la peau, sur le périoste, mais plus souvent encore dans l'épaisseur du corps charnu des muscles.

La plupart des auteurs dont nous avons indiqué les travaux ont accordé peu d'attention à la localisation elle-même; c'est un épisode d'un processus général intéressant profondément l'organisme, un syndrôme d'une incontestable valeur séméiotique, qui dans la plupart des cas guérira spontanément sous l'influence du traitement dirigé contre le rhumatisme lui-même. Une autre école a envisagé les choses d'une façon tout à fait différente. Pour

1. *Allg. Wien. med. Zeitung*, V. 27, 1867.

2. *Diseases of the Children.*

elle, la myosite aiguë ou chronique est l'accident fondamental; il faut modifier la diathèse originelle sans doute si l'on ne veut pas que les déterminations locales se reproduisent sous la moindre influence, mais on devra d'abord traiter ces dernières; pour Volkmann, la myosite fibreuse est une maladie autonome qui n'est pas nécessairement de nature rhumatismale : les nodosités de Froriep ne sont qu'une de ses variétés[1]. Senator dit qu'à la suite de douleurs musculaires prolongées auxquelles on donne d'habitude le nom de rhumatisme musculaire, il se produit des proliférations conjonctives, de véritables scléroses locales; les muscles qui ont été une fois touchés sont exposés à l'être de nouveau[2]. Longtemps auparavant, Schimpf avait rapporté plusieurs observations de myosites chroniques véritables qu'il avait proposé de traiter par les frictions mercurielles, elles étaient caractérisées surtout par une dureté ligneuse au niveau des points envahis.[3]

Mezger fut amené par la pratique du massage à analyser plus minutieusement qu'on ne l'avait fait avant lui, ces phénomènes. En 1873 MM. Berghman et Helleday qui avaient observé et traité beaucoup

1. *Pitha und Billroth* Hand. d. allg. und. spec. Chirurgie, Bd. 854.

2. *Ziemssen's Hand. d. spec. Pathologie und Therapie. Bd.* XIII, I, p. 82.

3. *Moniteur des hôpitaux*, n° 23 et 16, 1855.

d'inflammations musculaires chroniques sous sa direction insistaient sur la tendance qu'elles ont à se propager par continuité, à gagner les muscles encore épargnés, les articulations et les nerfs du voisinage. Se plaçant au point de vue pratique, ces auteurs ont insisté sur les difficultés du traitement par le massage dans les cas où les foyers de myosite sont profonds et séparés de la peau par un riche pannicule adipeux; sur la bizarrerie des symptômes et les difficultés du diagnostic dans certains cas. Un exemple rapporté par eux en dit plus long à cet égard qu'une longue dissertation : un malade se plaint depuis 5 ans d'une raideur de la nuque accompagnée de douleurs qui s'irradient dans le bras gauche ; il y a un an, ces phénomènes avaient augmenté à tel point qu'au moment où Mezger vit le malade la mobilité de la tête était à peu près nulle ; sensibilité à la pression sur la nuque ; au même niveau, saillie qui fait songer à une spondylite. Plusieurs médecins déjà consultés avaient en effet porté ce diagnostic ; en conséquence, ils avaient recommandé au malade de faire aussi peu de mouvements que possible avec la tête. En examinant le sujet, Mezger trouva surtout du côté gauche une tuméfaction intéressant les muscles trapèze, splénius et scalène; du même côté il y avait de la sensibilité du plexus brachial au niveau du bord du trapèze. La proéminence était produite par un

petit lipome diffus sous-cutané placé juste en arrière de l'apophyse épineuse de la 3e vertèbre cervicale ; la peau qui le recouvrait avait été excoriée par l'application de différents topiques. Après avoir exclu la spondylite, parce que, malgré la longue durée de la maladie, on ne trouvait pas au niveau des vertèbres cervicales le moindre point sensible à la pression, Mezger conclut qu'on avait affaire à une affection primitive des muscles étendue plus tard aux ligaments vertébraux et au plexus brachial. En conséquence, il eut recours aux mouvements communiqués et au massage, grâce auxquels le malade fut guéri en quelques jours.

Le travail dont nous venons de parler est le premier dans lequel la myosite chronique ait été envisagée à ce point de vue ; le premier dans lequel une méthode de traitement ait servi en même temps de moyen de recherche et de démonstration ; il fut suivi à peu de distance par d'excellentes études de Helleday[1], de Mosengeil[2], de Gies[3].

L'historique que nous venons de faire nous dispense d'insister sur l'étiologie de la myosite chronique ; il est probable que, comme la plupart des phlegmasies de même ordre, elle peut être produite par des causes

1. *Om myitis chronica (rheumatica) Ett Bidrag till dess diagnostik och behandling*. Nord. med. Arkiv. BD, VIII.

2. *Archiv. fur klin. Chirurg.*, XIX, VI, 1876, p. 271.

3. *Ueber Myositis chronica*. Zeitschr., für Chir., BD, XI, 1879, p. 161.

variées, mais jusqu'à présent il n'y en a guère que deux dont on connaît bien l'action : 1° le traumatisme ; dans ce cas la forme chronique succède à la forme aiguë : 2° le rhumatisme ; c'est la cause prédisposante la plus commune.

Les lésions ont été étudiées dès l'origine par Froriep lui-même. Nous l'avons déjà dit ; cet auteur n'admettait pas qu'elles fussent de nature inflammatoire ; il s'agissait pour lui des dépôts spontanés plus ou moins analogues aux tophus goutteux ; si plus tard il se faisait des phlegmasies manifestes autour d'eux, elles tenaient aux troubles circulatoires locaux résultant de la paralysie des capillaires qu'ils déterminaient. Virchow était un peu moins affirmatif ; d'autres observateurs, tels que Gottschalk, Griesinger et Hasse, après avoir étudié avec soin l'anatomie pathologique du rhumatisme déclaraient qu'on ne trouvait rien dans les muscles. « Il me semble, disait Virchow, qu'on n'a pas suffisamment examiné les faisceaux primitifs, et que la plupart des observateurs ont trop borné leurs recherches aux interstices. » Le même auteur rappelle en terminant qu'il a eu l'occasion d'observer la phlegmasie sur la musculature du cœur[1]. Oppolzer admet que les indurations musculaires peuvent résulter d'une exsudation inflammatoire qui aboutit à la dégénérescence

1. *Uber parenchymatöse Entzündungen*. Wirchow's Archiv. Bd, IV 1852, p. 269.

graisseuse. Rosenthal professe à peu près la même doctrine, seulement il fait jouer un rôle important aux terminaisons nerveuses comprimées par l'exsudat ; elles finiraient à la longue par dégénérer, au même titre que les faisceaux musculaires. Friedberg[1] Förster[2] Rindfleisch[3] Birch-Hirchfeld[4] ont ensuite étudié la question. On peut résumer de la sorte à quelques variantes près les doctrines renfermées dans leurs travaux : Il se fait sous l'influence de la prédisposition et de différentes causes accidentelles une exsudation intra-musculaire à marche lente, suivie d'hyperplasie conjonctive, de dégénérescence graisseuse et d'atrophie des éléments contractiles.

C'est à peu près ce qu'a dit Helleday :

« Les anatomo-pathologistes ont constaté dans les cas de myosite de longue durée que l'inflammation part du périmysium interne ; qu'il se fait une prolifération du tissu conjonctif, une sclérose locale accompagnée d'atrophie des faisceaux musculaires. » Une observation de M. Gies est particulièrement intéressante au point de vue anatomo-pathologique, parce qu'elle donne la relation d'un cas dans lequel un foyer

1. *Anat. Erscheinungen bei des MuskelEntzündung.* Wien. Wochenbl. 1857.
2. *Pathol. Anatomie*, 26 aufl. 1863, p. 1074.
3. *Lehrb. d. path. Geweblehre*, Leipzig 1867-69, p. 588.
4. *Lehrb d. path. Anatomie*, 1er Lief. Leipzig, 2876. p. 8 et s.

de myosite chronique assez étendu, fut pris pour une production de mauvaise nature et enlevé ; le traitement chirurgical fut complété par le massage. Voici le fait :

### Obs. CVII

*Affection de la partie inférieure de la cuisse prise pour une tumeur crue de mauvaise nature. — Incision et ablation partielle : on a affaire à une myosite chronique. — Massage. — Guérison.*

D., 48 ans ; toujours bien portant ; non syphilitique. Pendant l'hiver de 1877-78, a eu un anthrax sur le dos, complétement guéri en février. A la fin de ce mois, douleurs rhumatismales dans la cuisse droite, s'irradiant surtout vers la partie antérieure de la jambe. Des frictions à l'essence minérale ne les font pas disparaître. A la fin de mars (il y a un mois environ) il se développa dans le cours de quatre semaines, au niveau de la moitié inférieure de la cuisse, aussi bien dans le droit antérieur que dans le vaste interne et le vaste externe, une tuméfaction très douloureuse au toucher entourant le fémur comme un manchon. En même temps, la flexion active de la jambe sur la cuisse devient impossible. Le médecin traitant porte le diagnostic périostite. Vessie de glace sur la tumeur, iodure de potassium à l'intérieur, friction à l'aide d'une pommade iodurée; pas de résultat. Le professeur Trendenlenburg, appelé, fait cesser les frictions ; recommande simplement des applications de pommade iodurée et, comme on n'obtient rien, il propose une incision exploratrice, pour qu'on puisse savoir s'il s'agit d'un abcès osseux, d'une ostéo-myélite avec

périostite ou d'une tumeur. Le 21 juin, opération dans laquelle Gies assiste le professeur Trendenlenburg.

État actuel : cuisse notablement tuméfiée dans sa partie inférieure ; lorsque la jambe est étendue, le droit antérieur constitue vers l'extrémité inférieure de la cuisse un muscle, sans limites bien marquées. La tuméfaction s'étend des limites du droit antérieur, aux vastes interne et externe, au tenseur du fascia lata et au biceps fémoral. La tumeur est molle, pâteuse, douloureuse à la pression, elle semble partir de l'os ou être formée par lui. La peau est immobile, épaisse et dure comme du cuir, œdémateuse, infiltrée ; diminution de la sensibilité, impossible de la faire glisser sur les parties sous-jacentes. Pas d'épanchement dans l'articulation du genou qui est raide et en état de fausse ankylose, obstacle à la flexion passive. Trendenlenburg fait une incision de 12 centimètres de long au-dessus de la rotule et parallèle à l'axe du membre ; cette incision correspond au point le plus saillant de la tuméfaction ; elle intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les deux tissus présentent une grande résistance au tranchant du bistouri ; ils crient quand on les coupe à cause de l'infiltration. Quand on arrive au muscle, on reconnaît que le tissu présente l'aspect typique de la dégénérescence graisseuse ou cireuse. On se trouve bientôt en présence de la face externe du fémur. Pas de traces de saillie ou de dépôt anormal ; le périoste n'est ni épais ni injecté. Le mal ne part pas de l'os, mais il siège complètement dans l'épaisseur du tissu musculaire. Nous avons affaire à une *induration rhumatismale de Froriep typique* : sa dureté, sa consistance et son siège avaient permis de supposer qu'il s'agissait d'une tumeur attachée à l'os ou qui en partait. Un fragment qui fut enlevé fut perdu, de sorte que je ne puis mal-

heureusement pas donner les résultats d'un bon examen microscopique. Les caractères constatés directement- à la vue ne permettent cependant pas de douter qu'il s'agìt bien d'une myosite.

Je revis le malade au commencement d'août, la plaie de l'incision était complètement fermée; à part cela, l'état général était absolument le même, la tumeur n'avait pas tout à fait la même étendue, elle n'était plus assez dure pour immobiliser complétement l'articulation du genou. Pendant ce temps le malade avait complétement gardé le lit. Comme le professeur Trendenlenburg et le médecin ordinaire s'absentèrent pour quelque temps, on le confia à mes soins en me disant de me borner à lui faire prendre des bains chauds. Comme l'incision avait démontré que ce n'étaient pas les os mais bien les muscles qui étaient intéressés et qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une myosite ayant abouti à la formation d'un cal, j'examinai la puissance contractile des muscles au moyen des courants induits et des courants constants; je pus obtenir des contractions avec les uns et les autres. Par suite de l'œdème local les courants appliqués, devaient on le comprend, être plus forts du côté malade que du côté sain. Il est évident que la substance contractile n'est pas altérée. Les mesures employées jusque-là étant restées sans effet, Gies supposa que le massage, dont Mezger a obtenu de si brillants résultats en pareil cas, pourrait être de la plus grande utilité; il crut que c'était le moyen par excellence ; les suites dépassèrent ses espérances.

Le malade fut traité, matin et soir, les séances durèrent dix minutes; on employa les principales manœuvres, effleurage, massage à friction, tapotement, pétrissage. Chaque matin, le malade prit un bain salin et une douche sur le membre. Pendant quelques séances vives douleurs qui persistèrent jus-

qu'à la fin de la cure. Au bout de vingt-cinq séances, la tumeur avait notablement diminué, mais la différence ne sautait pas assez aux yeux. M. Gies ne se fatigua pas et au bout de quarante séances il eut la satisfaction de pouvoir constater que la tumeur était un peu ramollie. Il commença alors, avec beaucoup de précaution, des mouvements passifs dans l'articulation du genou. On prescrivit, en outre, des exercices que le malade ferait lui-même dans sa chambre, station sur la pointe des pieds, flexion des genoux et redressement. On le fait agenouiller sur un plan dont on diminue de jour en jour l'angle d'inclinaison. Au lieu d'éviter les mouvements de la jambe, on lui recommande d'en faire le plus qu'il peut. Après six semaines, la jambe, immobile jusque-là dans l'extension, peut être ramenée à l'angle droit; après sept et demie, le malade a recouvré tous ses mouvements.

Il est bon de noter que pendant qu'on massait la face antérieure de la jambe, un furoncle se développa sur la face postérieure; c'est probablement lui qui produisait les douleurs très vives dont le malade se plaignait à ce moment. La jambe droite a exactement le même volume que la gauche, les muscles sont mous, la flexion et l'extension sont possibles sans aucun obstacle.

Les myosites chroniques peuvent siéger dans tous les muscles sans exception ; l'assertion de Berghmann et Helleday est exacte. Elles ont de la tendance à se propager par contiguité, il est rare qu'un foyer primitif garde toujours l'étendue et la consistance qu'il avait dès le début; c'est de cette manière que le tissu cellulaire sous-cutané, les nerfs et parfois les articula-

tions du voisinage peuvent être intéressés. On rencontre assez fréquemment de l'arthrite sacro-iliaque en même temps que de la myosite du moyen fessier. Dans un cas de cette nature je me trouvai en présence d'une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, placée de telle sorte qu'il était difficile de dire si elle appartenait aux insertions musculaires ou à la jointure. Elle remontait à deux ans et avait une dureté cartilagineuse; la jambe était fléchie sur la cuisse et la cuisse l'était sur le bassin; le membre était immobilisé dans cette situation par une contracture rebelle des différents muscles; je fus assez heureux pour avoir raison de tout par des mouvements passifs et du massage. Il est difficile de dire si, dans ce cas, l'arthrite était primitive ou secondaire. Étant donnée la rareté des phlegmasies chroniques simples de l'articulation sacro-iliaque, je suis disposé à croire qu'il y avait eu d'abord un foyer limité de myosite.

Les insertions des muscles constituent, en effet, un lieu d'élection pour cette affection; à la nuque, au cou, au membre supérieur et au membre inférieur, c'est là qu'on la rencontre; mais ce serait une grave erreur de croire qu'il n'en existe pas d'isolée dans le corps charnu lui-même et loin des extrémités.

On peut trouver, comme nous allons le voir, des myosites chroniques dans toutes les régions du corps;

à la tête, au cou, sur le tronc et les membres ; tous les foyers ne sont pas également accessibles, tous ne sont pas justiciables au même degré du massage. J'en ai vu dans les muscles de la paroi abdominale et particulièrement dans l'épaisseur du grand droit. Certains se produisent spontanément chez des rhumatisants, ce sont de véritables nodosités de Froriep ; d'autres succèdent à la forme aiguë et ont une origine traumatique. J'ai pu guérir une affection de cette nature qui siégeait dans le grand pectoral ; quelques fibres s'étaient déchirées sous l'influence de violentes quintes de toux ; plus le malade toussait, plus la douleur était vive ; les accidents aigus passés, il se fit une accalmie et au bout d'une quinzaine de jours, il ne restait plus qu'une induration bien limitée et un peu sensible à la pression ; j'en eus raison en huit séances de massage.

Il est difficile de tracer un tableau symptomatique de toutes ces myosites chroniques. Un certain nombre d'entre elles, nous l'avons dit, passent inaperçues ; jamais, probablement, les malades ne sauraient qu'elles existent si elles ne prenaient pas, sous l'influence d'un insultus quelconque, exposition au froid, traumatisme, attaque aiguë ou chronique de rhumatisme, une marche plus accentuée. Le traitement par le massage a eu, à défaut d'autres, l'avantage de nous édifier sur la véritable nature des

complexus symptomatiques que personne auparavant n'aurait songé à rattacher aux muscles. On parlait à propos d'eux du tube digestif, du système nerveux, de l'état général; mais jamais on n'eût supposé qu'une lésion bénigne en apparence, peu volumineuse, peu douloureuse pût déterminer de tels orages ; nous voulons parler de certaines céphalalgies à paroxysmes que les nosographes ont toujours rangées parmi les migraines ; de dyskinésies telles que la crampe des écrivains ; d'impotences fonctionnelles du membre inférieur avec contractures et douleurs attribuées presque toujours à la sciatique. On trouve des foyers de myosite chronique auxquels les médecins traitants ou même consultants avaient bien rarement pensé, on les fait disparaître en massant et les troubles fonctionnels sont guéris ; si défiant que l'on soit, il est impossible de supposer qu'il n'y a là que des coïncidences et qu'il n'existe pas entre la lésion localisée et les symptômes même éloignés, une relation de cause à effet ; nous discuterons tout cela dans les paragraphes qui vont suivre et sans essayer de rapprocher dans un même tableau clinique des phénomènes disparates, nous passerons en revue ceux que nous trouverons dans les différentes régions.

RÉGION DE LA TÊTE ET DU COU.

Torticolis d'origine musculaire. — Accidents divers. — Observations. — Céphalalgies et céphalées d'origine musculaire.

Dans les quatre observations qui suivent, dont deux me sont personnelles et dont les autres appartiennent à Berglind et à Güssenbauer, on nota :

1° Une tuméfaction douloureuse à la pression, une perte d'élasticité du trapèze dans la portion de ce muscle correspondant à l'omoplate et dans celle qui était comprise entre cet os et l'épine dorsale. Symptômes subjectifs : douleur limitée à gauche à la partie supérieure du dos, exagérée par les temps humides et froids et présentant des paroxysmes au moment des exercices violents obligeant de mettre en jeu le muscle intéressé;

2° Une induration douloureuse à la pression siégeant sur la partie supérieure de la portion acromiale du trapèze. Symptômes subjectifs : torticolis gênant notablement le malade pour écrire; douleur dans la nuque et la moitié correspondante de l'épaule ;

3° Élévation de l'épaule gauche, raccourcissement apparent des muscles trapèze et sterno-cleido-mastoïdien, contracture des deux scalènes; induration de l'angulaire de l'omoplate qui a perdu sa mobilité. Symptômes subjectifs : vives douleurs et quintes de toux provoquées par la pression.

4° Tuméfaction, infiltration et induration très marquée, consistance osseuse des muscles de la moitié droite de la nuque ; raideur de l'articulation scapulo-humérale, du coude et du poignet ; vives douleurs dans le côté droit de la nuque et des trois dernières vertèbres cervicales s'étendant à l'épaule droite, au bras et à l'avant-bras, tellement exagérée par les mouvements que la malade est obligée de garder presque constamment le bras en écharpe.

On observe fréquemment le torticolis ; nous l'avons vu dans les cas aigus et chroniques. Lorsqu'il est de date récente, on en a vite raison ; le résultat est moins brillant s'il est chronique et surtout invétéré. Je suis tout disposé à croire le torticolis congénital d'origine inflammatoire ; il a probablement pour cause la rupture d'un certain nombre de fibres musculaires durant l'accouchement ; la situation vicieuse de la tête est une conséquence de l'inflammation qui suit. Si l'on intervenait de bonne heure, on aurait raison de tout, mais comme d'habitude on ne voit les malades qu'à une période tardive de l'enfance, où dans l'âge adulte, on n'obtient qu'un résultat insignifiant par la rectification et le massage ; il faut recourir à la ténotomie. On dit souvent, je ne sais trop pourquoi, que le torticolis se produit exclusivement lorsque le sterno-mastoïdien est intéressé ; je l'ai vu aussi fréquemment dans les myosites chroniques

du trapèze. Il tenait si bien à une affection de ce muscle, que quand j'ai pu lui restituer son intégrité, l'anomalie a disparu.

Ici comme toujours, une rigoureuse précision dans le diagnostic est indispensable au succès; on pourrait rendre un très mauvais service au malade en prenant pour un torticolis d'origine musculaire celui qui accompagne le mal de Pott occipital; pour éviter l'erreur, il suffit d'y songer.

### Obs. CVIII

*Myosite chronique partielle du trapèze du côté droit. — Massage. — Guérison.*

M. M.., 42 ans, a, depuis longtemps déjà une douleur de la partie supérieure du dos, limitée au côté gauche. Il a vu plusieurs médecins ; les uns ont cru à une affection rhumatismale, les autres à une névralgie. Cette douleur était hygrométrique au début, c'est-à-dire beaucoup plus vive par les temps froids et humides. Depuis quelques années, la température paraît sans influence sur l'apparition des paroxysmes; tandis que les efforts ou les mouvements un peu violents les appellent à peu près toujours. Le malade a eu recours à des moyens assez nombreux, entre autres aux vésicatoires et aux frictions avec des liniments irritants ; il ne paraît pas jusqu'ici en avoir retiré de grands avantages ; la seule médication qui l'ait un peu soulagé, c'est la sudation par les bains russes. Aujourd'hui, la partie supérieure droite de la région dorsale est le siége d'une douleur continue exagérée par la pression et

les mouvements brusques. Elle est toujours plus vive à la fin de la journée, après un travail soutenu et fatigant ; quelquefois, elle est assez forte pendant la nuit pour enlever tout sommeil au malade. La portion du trapèze correspondant à l'omoplate et celle qui est comprise entre cet os et l'épine dorsale, sont douloureuses à la pression. Le muscle est tuméfié ; à une pression un peu forte, on reconnaît qu'il a en partie perdu son élasticité. En écartant ses fibres avec le doigt on a une sensation analogue à celle que donneraient des fragments de cuir frottant l'un contre l'autre ; ça et là, on trouve sur la surface en question quelques îlots indurés qui sont le siège d'une douleur plus prononcée qu'ailleurs. Le mouvement du bras de bas en haut et d'avant en arrière finit par causer une sensation de fatigue extrêmement pénible.

Massage. — Au bout de trois semaines, amélioration manifeste ; le muscle reprend son élasticité. La sensation de crépitation perçue par le malade et même par le masseur, devient de moins en moins nette ; la douleur, spontanée ou à la pression, devient également moindre.

Guérison complète après trois mois de traitement (86 séances). Quatre mois plus tard, il n'y avait pas eu de récidive.

## Obs. CIX

*Myosite chronique du trapèze. — Torticolis. — Massage. — Mouvements passifs. — Guérison.*

M. M., 34 ans, employé aux écritures, a depuis longtemps un torticolis si prononcé qu'il le gêne notablement pour écrire. Cet homme était, dit-il, sujet auparavant à des douleurs rhumatismales siégeant de préférence du côté gauche de la nuque et la moitié correspondante de l'épaule ; elles ont fini par

laisser une déformation pour laquelle ce malade réclame mes soins ; depuis 6 mois, la maladie serait absolument stationnaire.

Inclinaison de la tête du côté gauche. Induration prononcée de la partie supérieure de la portion acromiale du trapèze qui est douloureuse à la pression. Le malade a employé auparavant les badigeonnages iodés, les frictions à l'alcool camphré, l'électricité, les bains russes ; on a même proposé le cautère actuel, mais il l'a refusé.

Massage. Mouvements passifs d'extension, pas d'amélioration pendant les premières séances ; au bout de 6 à 7 semaines, le malade commence à remuer un peu la tête et l'induration musculaire est moins prononcée. Séance tous les jours ; au bout de 4 mois 1/2, après 106 séances, il a retrouvé une grande partie des mouvements de la tête. Les muscles affaiblis ont repris leur caractère normal ; le résultat s'est maintenu.

### Obs CX (*Berglind*).

*Myosite chronique des muscles trapèze, rhomboïde de l'omoplate ; scalènes. — Massage. — Guérison après 20 séances.*

Une jeune fille de 17 ans s'est aperçue depuis quelque temps qu'une de ses épaules devenait plus haute que l'autre.

A l'examen, on constate, en effet, une élévation de l'épaule gauche consécutive au raccourcissement des muscles trapèze rhomboïde et angulaire de l'omoplate ; les deux scalènes sont également contracturés. La portion du cou voisine de l'épaule gauche était tuméfiée et par la pression on y déterminait une vive douleur et des accès de toux de même que dans les inspirations profondes ; l'angulaire de l'omoplate était très dur

et sans élasticité. La mobilité de l'omoplate était complètement perdue. Massage; au bout de 4 séances plus de douleur à la pression, ni de quintes de toux; au bout de 8 séances, les muscles avaient repris leur consistance normale. L'omoplate s'était abaissé et mobile, le rhomboïde de l'omoplate présentait seul encore quelque chose d'anormal. Après 15 séances, il avait repris son élasticité et sa contractilité. Au bout de 20 tout avait disparu.

### Obs. CXI (*Güssenbauer*).

*Myosite chronique de plusieurs muscles de la nuque et de l'épaule. — Immobilité consécutive du bras. — Massage. — Guérison.*

Dans le cours de cette année, j'ai eu l'occasion de traiter une dame qui, depuis longtemps, souffrait de vives douleurs ayant leur origine sur le côté droit de la nuque au niveau des trois dernières vertèbres cervicales; ces douleurs s'étendaient sur l'épaule droite, le bras et l'avant-bras. Elles étaient presque continuelles : le moindre mouvement les exagérait et la malade était obligée de garder presque constamment son bras dans une écharpe. Le sommeil n'était possible qu'avec des narcotiques; il était même si agité que le malade se croyait atteinte d'une affection du système nerveux central. Tous les moyens employés étaient restés sans résultat. L'électricité avait plutôt produit une aggravation qu'une amélioration. A l'exploration, je trouvai toute la moitié droite de la nuque, les muscles de la région de l'omoplate et le deltoïde tuméfiés. Il y avait dans ces muscles une infiltration et des indurations osseuses, ayant amené de la raideur de l'articulation scapulo-humérale et une raideur un peu moindre du coude et du poignet; raideur produite peut-être par le long repos qu'elles avaient dû garder.

Une analyse soigneuse du cas me montra que selon toute probabilité j'avais affaire à une myosite chronique et non à une affection centrale du système nerveux. Massage. Au bout de 14 jours, l'augmentation de volume des muscles avait disparu et la malade pouvait se servir sans difficulté de son bras droit.

Dans ces 4 cas, les myosites siégeaient dans la partie inférieure des muscles de la nuque et du cou ; leur symptôme principal, la douleur, présente presque toujours deux éléments, l'un continu plus ou moins marqué, l'autre accidentel et paroxystique produit par les mouvements et les irritations locales ; il y a des irradiations dans les muscles du bras et de l'avant-bras ; des attitudes vicieuses, tenant moins à des contractions proprement dites qu'à des positions prises involontairement par les malades pour mettre les muscles dans le relâchement et diminuer la douleur.

Nous retrouverons les mêmes symptômes dans les observations suivantes, seulement, les foyers de myosite étaient plus nombreux, plus élevés ; les propagations n'avaient plus lieu du côté du plexus brachial ou de l'épaule, mais du côté des nerfs de cuir chevelu ; c'est également par là que se produisaient les paroxysmes et les irradiations : ces phénomènes font partie des céphalalgies d'origine musculaire. Quand on exprime cette opinion paradoxale en apparence, qu'on

guérit souvent la migraine par le massage, on laisse entendre qu'il existe des douleurs de tête à forme migraineuse, résultant de myosites chroniques de la nuque et du cou, de névrites du cuir chevelu. A deux reprises différentes, je me suis occupé de cette question. Mon premier travail[1] renfermait 32 observations dont la plus grande partie m'étaient personnelles et dans lesquelles on avait eu raison de céphalalgies rebelles en faisant disparaître des foyers de myosite plus ou moins anciens et plus ou moins étendus. J'avais été conduit, comme la plupart de ceux qui se sont occupés du massage, à examiner de plus près qu'on ne le fait ordinairement le système musculaire, et j'étais arrivé, d'induction en induction, comme MM. Vretlind, Helleday, Millis et Stoddard, à conclure que souvent c'est une myosite limitée, imperceptible à première vue, qui cause une douleur névralgique. Ces cas sont intéressants ; il y en a dans lesquels le masseur peut intervenir vite et sûrement ; de ceux-là je pouvais parler en connaissance de cause, car j'ai eu l'occasion d'en traiter souvent et d'obtenir des résultats surprenants. Nous avons vu dans le cours des myosites des accidents éloignés, des névralgies dont on ne soupçonnait guère le point de départ, des toux rebelles à paroxysmes ; tout cela

1. *Traitement de la migraine par le massage*, Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

disparaissait avec l'inflammation. Quand vous vous trouverez en présence d'une hémicrânie dite rhumatismale, d'une névralgie sus-orbitaire ou faciale, dont l'origine nous échappe, ne bornez point votre examen à la région douloureuse. J'avais vu des indurations sur les bords et au niveau des attaches crâniennes des muscles trapèze, splénius, sterno-mastoïdiens; c'était, dira-t-on, une coïncidence. Nullement, la pression sur ces foyers suffisait pour déterminer souvent un accès semblable à ceux qu'avaient éprouvés les malades: on fait disparaître le noyau suspect, les paroxysmes cessent.

Il est impossible d'admettre l'indépendance de manifestations aussi étroitement solidaires; par malheur, le lien n'est pas visible. La névralgie de la tête, consécutive aux inflammations limitées des muscles de la nuque ou du cou, résulte-t-elle de propagations aux filets nerveux? Est-elle réflexe ou vaso-motrice? nous ne saurions le dire. Peu importe; son point de départ est connu; c'est la meilleure indication thérapeutique. Nous ne voulons pas affirmer que les vieilles méthodes n'aient rien de bon, mais dans beaucoup de cas, elles sont inutiles; le massage simple, tel que nous l'avons appliqué dans les affections du système musculaire, a raison de tout, plus vite et mieux qu'elles.

Nous allons essayer de démontrer : 1° que les formes de céphalalgie décrites dans nos observations sc

rattachent bien au complexus appelé par les auteurs migraine ou hémicrânie ;

2° Que les symptômes étudiés isolément sont les mêmes dans les deux cas ; qu'ils ne peuvent présenter que des différences individuelles ;

3° Que les doctrines formulées jusqu'à ce jour, suffisantes pour expliquer un certain nombre de faits, ne sauraient convenir à tous ; qu'il y a, au point de vue pathogénique, des hémicrânies et non une hémicrânie ;

4° Que dans la classe la plus nombreuse et la moins connue peut-être, il y a des altérations du voisinage des nerfs, dont la douleur est la conséquence.

Notre premier travail était destiné à vulgariser et à démontrer un fait dont quelques auteurs avaient bien parlé, mais qui n'était pas assez connu, qui n'avait pas été suffisamment étudié pour qu'on pût en tirer parti en thérapeutique; des observations analogues aux nôtres furent faits des différents côtés et finalement la notion fut acquise. Aujourd'hui, il y a peu de névrologistes qui ne songent pas à examiner avec soin les muscles de la nuque dans les névralgies rebelles du cuir chevelu, et dans les migraines typiques. Je n'ai cependant pas voulu dire qu'en dehors de l'état fébrile, tous les maux de tête à exacerbation sont d'origine musculaire ; je suis revenu là dessus dans un travail ultérieur.

La première fois je tâchais de faire apparaître la relation de causalité existant entre les indurations musculaires cervicales et les douleurs céphaliques; de montrer qu'avec un traitement méthodique on pouvait tout guérir; mais lorsqu'il est bien prouvé qu'une médication est légitime, tout n'est pas dit par rapport à elle; restent les indications. Le massage n'est pas infaillible; son application comporte des chances d'insuccès. Si convaincu que l'on soit, il ne faut jamais pousser l'optimisme à l'extrême, l'expérience ouvrirait vite les yeux et montrerait que si la foi a pu suffire autrefois à transporter des montagnes, elle ne suffit pas toujours à guérir.

Une seconde brochure[1], fondée sur mon expérience propre, était surtout destinée à montrer les indications et les contre-indications du massage dans les céphalalgies, à montrer comment il faut l'appliquer si l'on veut réunir toutes les chances des succès. Dans 10 observations on trouvait :

1° Une induration du volume d'une noix dans le corps du splénius droit. Empâtement du cuir chevelu au voisinage du point d'émergence du nerf petit occipital. A gauche, douleur à la pression au niveau de l'insertion du trapèze.

2° A droite, en arrière de l'apophyse mastoïde, in-

1. *Céphalalgie et massage*, Paris, Lecrosnier et Babé.

duration prononcée correspondant aux insertions musculaires. Autre induration du trapèze correspondant au milieu de la nuque; la pression, à ce niveau, provoque une douleur sur le vertex et dans l'orbite. Ganglion lymphatique tuméfié et douloureux dans le voisinage. Douleur à la pression sur les ganglions cervicaux supérieur et moyen du sympathique.

A gauche, indurations symétriques correspondant à l'insertion des sterno-cléido-mastoïdiens. Noyau résistant dans le corps d'un des scalènes, plus marqué au niveau de son insertion sur l'omoplate. Douleur à la pression sur les ganglions cervicaux supérieur et moyen.

3° A droite, induration au voisinage des attaches crâniennes du splénius; augmentation de la résistance des deux sterno-cléido-mastoïdiens, un peu au-dessous de leur insertion à l'apophyse mastoïde. Foyer d'induration le long de l'attache du trapèze au crâne; tuméfaction étendue de sa gaîne aponévrotique dans la région des protubérances occipitales. Sensibilité sur le trajet du sus-orbitaire dans la région frontale droite.

4° A droite, point douloureux à la pression derrière l'apophyse mastoïde; autre point sur trajet du trapèze. — A gauche, tuméfaction douloureuse au niveau des attaches crâniennes du splénius, du trapèze, du temporal.

5° A droite, induration du volume d'une amande correspondant aux attaches crâniennes du splénius. Tuméfaction et sensibilité à la pression correspondant à l'insertion supérieure du sterno-cléido-mastoïdien ; mêmes lésions au niveau des attaches du temporal.

Deux ganglions lymphatiques de la nuque sont tuméfiés et douloureux. Ganglion cervical moyen du grand sympathique tuméfié et douloureux à la pression.

A gauche, sensibilité à la pression au niveau du ganglion cervical supérieur, moindre au niveau du ganglion cervical moyen.

6° Des deux côtés, induration sur le bord supérieur du trapèze. A gauche, induration correspondant à l'insertion mastoïdienne du sterno-cléido-mastoïdien.

7° A droite, dans le bord supérieur du trapèze, induration musculaire du volume d'une noisette. Point douloureux à la pression sur le trajet des scalènes. Ganglion cervical moyen tuméfié et douloureux. A gauche, dans l'épaisseur du trapèze, petite induration du volume d'une noisette (portion cervicale). Autre tuméfaction correspondant à l'insertion du muscle sterno-cléido-mastoïdien, œdème de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Infiltration du cuir chevelu dans la région occipitale. Ganglions cervi-

caux supérieur et moyen tuméfiés et douloureux.

8° A droite, douleur au niveau des attaches crâniennes des muscles du cou à la protubérance occipitale externe, à l'apophyse mastoïde. Les deux ganglions du sympathique, surtout le moyen, sont tuméfiés.

A gauche, tuméfaction et induration au niveau des scalènes ; ganglions lympathiques tuméfiés et douloureux ; ganglion cervical moyen tuméfié et douloureux à la pression.

9° Myosite de presque tous les muscles du cou prononcée surtout sur le bord externe de la portion cervicale des trapèzes et des scalènes ; les temporaux sont également pris. Ganglions cervicaux (supérieur et moyen) du grand sympathique sensibles à la pression.

10° Derrière les apophyses mastoïdes, tuméfaction douloureuse ; même lésion au niveau des attaches crâniennes du trapèze.

Il s'agissait donc toujours de faits analogues à ceux que nous avons en vue. J'en ai donné quelques-uns des plus topiques ; je ne pouvais pas les reproduire tous sans étendre démesurément mon travail. L'ensemble ne fait qu'appuyer des conclusions données ailleurs :

1° A savoir que les myosites chroniques du crâne de la partie supérieure du cou et de la nuque s'accompagnent de névrites par propagation ; que les différents

filets nerveux du cuir chevelu et même les ganglions cervicaux du grand sympathique peuvent être intéressés.

2° Ces lésions s'accompagnent de céphalalgies de forme variable dont beaucoup présentent des accès ressemblant de tout point à ceux que les malades et les médecins eux-mêmes appellent d'habitude des accès de migraine.

3° Par le massage on réussit le plus souvent à guérir les myosites chroniques et les céphalalgies, même lorsqu'elles datent de longtemps, sont définitivement guéries.

Obs. CXII

*Myosite du temporal gauche, du trapèze, des scalènes. Céphalalgie diffuse. — Accès fréquents. — Massage. — Guérison.*

Mme M.., 44 ans, souffre depuis 15 ans de maux de tête très pénibles ; ces maux de tête qui ont plutôt diminué depuis deux ou trois ans, augmentent lors des changements de temps ; le vent ou l'air froid les exaspèrent : une veillée un peu prolongée suffit pour produire un accès ; le retard dans les repas, le séjour dans un milieu à température élevée, ont le même résultat. Lorsque l'accès débute le matin, il augmente peu à peu et atteint son paroxysme dans le cours de la journée ; lorsqu'il débute à une heure avancée de l'après-midi, il empêche la malade de s'endormir, le repos au lit la soulage ordinairement. L'attaque dure parfois deux ou trois jours ; elle est suivie de pesanteur de tête. La douleur est sourde, limitée à la région tem-

porale ; rien dans la nuque, ni le reste de la tête. Incapacité absolue du travail physique et intellectuel pendant la crise ; inappétence, parfois accidents gastriques. La malade reste immobile, évitant soigneusement les moindres mouvements de la tête qui augmentent la douleur ; ne peut pas non plus supporter la chaleur. Une compresse froide constamment renouvelée produit un peu de soulagement. Les deux côtés sont intéressés, mais le gauche l'est plus fortement que le droit. Compresses d'eau sédative, bain de pied sinapisé, électricité, le tout sans résultat appréciable.

Bord postérieur du temporal du côté gauche tuméfié et sensible à la pression. Derrière l'apophyse mastoïde du même côté, petite plaque quadrangulaire indurée et très douloureuse, se continuant sans limites bien nettes avec les parties voisines. Dans le muscle trapèze gauche vers le milieu de la nuque, on trouve une partie de forme allongée présentant une certaine résistance au doigt très sensible à la pression ; tuméfaction plus accentuée dans l'épaule.

A droite et sur la nuque : zône tuméfiée et également sensible au niveau des scalènes ; en pressant, on détermine une douleur très vive qui s'irradie dans le bras.

On commence le traitement au mois de janvier 1883. Au bout de huit jours, diminution déjà très sensible de tous les accidents ; après cinq semaines, guérison complète. A eu depuis le début du traitement un seul accès le sixième jour.

## Obs. CXIII

*Myosites sous-mastoïdiennes et dans le corps du trapèze. Céphalalgie fronto-pariétale paroxystique. — Massage. — Amélioration prononcée.*

Mme E. 30 ans, personne amaigrie et très nerveuse. Céphalalgie depuis l'âge de 16 ans, époque de l'apparition de la menstruation. Depuis six mois, diminution spontanée des douleurs. Il y a ordinairement deux accès par semaine, à moins que d'autres ne soient provoqués par des causes accidentelles. L'époque des règles est marquée par des accès plus fréquents que toute autre.

Dans ces cas, chacun d'eux peut durer jusqu'à trois jours. Le siège de la douleur est le sommet de la tête, le front et les tempes ; dans les accès menstruels, elle siège exclusivement sur le front et les paupières ; dans ce cas, elle est aiguë et lancinante, plus sourde à un autre moment. L'accès porte tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre ; il débute à n'importe quelle heure de la journée et cesse lorsque la malade s'endort ; la durée est un peu plus longue au moment des règles. Souvent la malade est réveillée au milieu de la nuit par la douleur, la tête devient chaude ou brûlante, mais la face reste pâle. Les contrariétés, la faim, provoquent des paroxysmes, que l'ingestion d'aliments ne calme pas. Elle souffre si elle boit un verre d'un vin un peu capiteux. Le grand air, le séjour à la campagne ne font qu'aggraver les crises. Les compresses d'eau froide sur la tête la soulagent. Absorbe, sans amélioration notable, de grandes quantités de fer et de bromure de potassium. On trouve derrière l'apophyse mastoïde gauche un point tuméfié et sensible ; puis un autre dans le muscle tem-

poral gauche; un troisième un peu moins marqué dans le droit.

Au milieu de la nuque et correspondant au trapèze du côté droit, deux points durs et tuméfiés; un autre au niveau de l'épaule du même côté. Le traitement irrégulièrement suivi et interrompu plusieurs fois pendant quelques jours, a conduit à une amélioration marquée après 32 séances. Au mois de janvier 1885, elle n'avait eu depuis la fin du traitement que 4 accès très légers.

### Obs. CXIV

*Myosite au niveau de l'attache supérieure du trapèze et dans sa portion inférieure. — Céphalagie fronto-pariétale. — Migraine invétérée débutant par des douleurs orbitaires et s'irradiant d'avant en arrière jusqu'à l'occiput. — Massage. — Guérison.*

Mme C., 36 ans, sujette aux migraines depuis l'enfance. Ces migraines sont devenues plus fréquentes et plus graves depuis l'époque de l'apparition des règles : c'est surtout entre 20 et 30 ans que cette aggravation a été marquée. Souvent deux attaques par mois durant 4 à 5 jours. Depuis le printemps de 1883, cette malade habite la campagne ; or, la migraine est revenue depuis ce moment avec plus d'intensité qu'auparavant. Lorsque je la vis pour la première fois, son mal avait été depuis une quinzaine de jours presque continuel ; c'est à peine si elle avait eu quelques courtes pauses de répit. En se levant, la malade éprouve les premières atteintes de l'attaque ; le mal augmente graduellement et atteint son acmé vers une heure ; il conserve la même intensité 2 heures environ ; à ce moment les nausées qui durent pendant la dernière partie de la crise,

sont suivies de vomissements, puis le mal se calme. En général il est encore assez fort le soir pour empêcher cette personne de dormir. Pendant les 15 derniers jours, la douleur a repris le lendemain matin et suivi la même marche que la veille. C'est surtout à gauche que la malade souffre ; peu à peu la douleur passe du côté droit ; elle débute par la région orbitaire, puis envahit le front, la tempe, le sommet de la tête, la région occipitale et descend jusque vers la nuque où elle s'arrête. A ce moment, la malade est pâle, ses yeux sont rouges et larmoyants ; photophobie ; le bruit des conversations, la fatigue lui est presque insupportable. En général reste assise sans mouvement ; les douleurs sont également exagérées par la chaleur et le froid. Anorexie. L'ingestion même d'une petite quantité d'aliments est rapidement suivie de vomissements. La crise se termine par de la pesanteur de tête et des bourdonnements d'oreille analogues à ceux que produisent des doses élevées de sulfate de quinine. Le cuir chevelu est sensible au toucher, les yeux sont cernés et gardent pendant deux jours un aspect d'abattement La malade exposée plus au froid pendant l'automne que pendant toute autre saison, en souffre plus dans cette saison qu'à une autre époque de l'année. Troubles gastro-intestinaux, diarrhée et constipation. Le voyage en chemin de fer, le séjour dans un milieu renfermant beaucoup de monde produisent des crises ; l'action des émotions morales, des chagrins est encore plus manifeste. Souffre ordinairement un ou deux jours avant l'apparition des règles : l'accès se continue un ou deux jours après. A essayé sans résultat différents médicaments, particulièrement la quinine. Hydrothérapie, gymnastique, séjour dans plusieurs stations thermales, sans avantage. Des doses élevées de bromure de potassium la soulagent un peu.

A gauche, tuméfaction très accusée et très résistante du muscle sterno-mastoïdien, au niveau de son attache supérieure ; cette tuméfaction présente à peu près le volume de la pulpe de l'index. En exerçant une pression sur elle, on provoque une douleur violente dans l'œil correspondant, comme si on le transperçait avec une flèche, dit la malade. Tuméfaction plus étendue, mais moins dure dans la portion cervicale du trapèze (au milieu). A l'épaule on trouve une autre partie dure, douloureuse quand on presse légèrement entre les doigts la portion inférieure du même muscle. A droite, sensibilité à la pression derrière l'apophyse mastoïde se continuant en partie le long de l'attache du splénius.

Massage. Amélioration sensible dès la première séance. Accès le matin du 5e jour qui suit le début du traitement. Au moment où cette malade vient à ma consultation, cet accès est précisément à son maximum. Séance du massage comme d'habitude. A la fin, amélioration sensible ; la douleur a perdu son caractère d'acuité ; la malade ne se plaint plus que d'une sensation d'engourdissement. Celle-ci disparut même complètement au bout d'une demi-heure. Nuit bonne. Pendant les 7 semaines du traitement, deux accès très légers dont le massage eut raison comme la première fois. Toutes les causes qui jusque là avaient provoqué les paroxysmes sont maintenant sans influence.

### Obs. CXV

*Myosites multiples dans le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze des deux côtés plus marquées à droite. — Céphalalgie diffuse habituelle. — Accès. — Massage. — Amélioration très marquée. — Récidive. — Même traitement. — Guérison.*

Madame K..., 40 ans, commence son traitement à la fin d'a-

vril 1882. Personne très nerveuse et souffrante depuis longtemps. Il y a six ans, hydrotérapie ; se refroidit, polyarthrite subaiguë ; depuis lors, accès périodiques de céphalalgie. Saison à Bade, disparition des accidents articulaires. Alla mieux pendant l'été, mais à l'automne, la céphalalgie revint ; le moindre refroidissement déterminait des attaques ; souvent même elles survenaient sans cause connue. Douleurs violentes, comme si on la frappait à coups de marteau sur la tête ; elle devient pâle, éprouve une vive sensation de froid ; l'œil du même côté est rouge et larmoyant. Un peu de soulagement par une compression énergique sur la région douloureuse. Au contraire le repos et la chaleur exagèrent la douleur. Le lendemain de chaque attaque, il reste de l'engourdissement avec hypérestésie du cuir chevelu ; la malade n'ose même pas se peigner. Depuis quelque temps, elle a perdu beaucoup de cheveux. Eau sédative, sinapismes à la nuque, purgatifs, pilules de sulfate de quinine, etc. A cessé tout traitement ces derniers temps. Sur le trajet du sterno-cléido-mastoïdien gauche et à un travers de doigt environ de l'apophyse mastoïde, tuméfaction dure dont la limite inférieure se confond avec le tissu musculaire du voisinage. La pression exercée sur ce point produit une sensation extrêmement pénible. Dans le trapèze du même côté au niveau de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre cervicale près de la ligne médiane du dos, on trouve une autre tuméfaction du volume de l'extrémité du pouce : du côté opposé existe également, une tumeur moins grosse et moins sensible. A droite, au-dessous de l'insertion supérieure du sterno-cléido-mastoïdien, sensibilité qui se prolonge dans le splénius.

Un peu de sensibilité et de tuméfaction au niveau de la partie supérieure du temporal.

Massage. Après 54 jours de traitement, amélioration manifeste. Au mois d'octobre les accidents reviennent avec moins d'intensité qu'à la première attaque. Elle réclame de nouveau mes soins au mois de novembre. Après un mois de traitement, il n'y a pas eu de nouvelle récidive.

### Obs. CXVI

*Myosites au niveau des attaches supérieures des sterno-mastoïdiens et des trapèzes. — Céphalalgie diffuse paroxystique accompagnée de douleurs dans les deux épaules. — Accidents du côté des yeux quand on presse sur ces points. — Massage. — Guérison.*

Mme S..., 25 ans, souffre depuis l'époque de la première menstruation de céphalalgie paroxystique. Son frère présenterait des accidents analogues. Depuis son arrivée à Paris, il y a quatre ans, les crises sont devenues plus fortes et plus fréquentes; la malade n'a jamais un moment de repos absolu. La semaine dernière, accès violent. Les émotions morales vives provoquent sûrement un accès. Cette personne devenue concierge il y a neuf mois a encore vu son état s'aggraver depuis ce moment. Céphalée continue pénible à l'approche des règles. Soulagée tantôt par la chaleur, tantôt par le froid. La douleur commence au niveau de la protubérance occipitale, elle s'irradie vers les tempes et est toujours plus marquée du côté gauche; elle finit dans la nuque; la malade a parfois du larmoiement sans rougeur des yeux. Parfois l'accès débute pendant la nuit, de telle sorte qu'elle souffre déjà en se levant le matin; les mouvements de la tête augmentent la douleur, elle la tient ordinairement immobile et inclinée en avant, craignant à l'extrême de tousser ou d'éternuer.

Souvent les attaques sont accompagnées de vomissements; soit pendant la crise, soit vers la fin, pourtant l'ingestion des aliments la soulage.

L'attaque est en outre accompagnée de bourdonnements d'oreille très pénibles, d'obnubilation de la vue. Tant qu'elle dure, la malade n'ose même pas se peigner, tant le cuir chevelu est douloureux.

Bromure de potassium, douches, électricité; le dernier moyen seul l'a soulagée et encore pendant très peu de temps.

On trouve une tuméfaction très nette au niveau de l'attache supérieure du sterno-cléido-mastoïdien gauche. Les deux trapèzes sont tuméfiés, douloureux à leurs points d'attache au crâne. Une pression un peu forte exercée à gauche de la protubérance occipitale détermine une vive douleur dans l'œil gauche, douleur accompagnée de larmoiement et de photophobie. La pression à droite et au point correspondant détermine des phénomènes analogues du côté de l'œil droit. Autre tuméfaction sur l'épaule droite.

Le traitement par le massage est commencé le 1er janvier 1884. Amélioration très sensible après trois semaines. Les mouvements de la tête sont beaucoup plus libres et presque indolents, mais il y a toujours de la douleur dans les deux épaules, surtout dans la gauche. La durée totale du traitement fut de sept semaines avec interruption de trois jours à l'époque des règles. Guérison.

### Obs. CXVII

*Myosite du trapèze et des scalènes. — Indurations sur le trajet de ses muscles. — Céphalée habituelle. — Migraine. — Massage. — Guérison.*

Mme M..., 28 ans, souffre, depuis des années, de douleurs

rhumatismales, vagues. Ces douleurs ont fini par se concentrer dans la tête. Galvanisation et faradisation, quinine, caféine, aconitine. En 1877, saison à Aix-les-Bains ; l'hiver dernier, hydrotérapie; toutes ces médications, n'ont produit qu'un soulagement transitoire. La douleur, plutôt sourde qu'aiguë siége dans les régions supérieures de la face; souvent, le matin, elle est assez intense pour réveiller le malade; dans ce cas, elle ne trouve pas de meilleur moyen pour se calmer que de garder, pendant toute la journée, le repos au lit. La malade aurait, dit-elle, la tête enserrée dans un étau. L'œil droit devient rouge, et les larmes coulent abondamment. Nausées et parfois vomissements ; parfois contractures spasmodiques de certains muscles de la face, ressemblant au tic douloureux. Depuis quelque temps, les paroxysmes se sont rapprochés et ils ont augmenté d'intensité. Les efforts intellectuels, les impressions morales tristes sont suffisantes pour les provoquer. L'humeur est changeante ; la malade, à l'approche des crises et même en dehors d'elles, recherche la solitude; elle s'enferme parfois des heures entières sans vouloir voir personne. L'état général a un peu souffert; elle est anémiée, se croit incurable, et n'accorde qu'une confiance médiocre au massage.

Ayant examiné avec soin et par acquit de conscience, les muscles de la nuque, je finis par découvrir que les scalènes et la partie acromiale du trapèze du côté droit étaient plus durs et plus résistants à la pression que les muscles du voisinage. En pratiquant la palpation plus minutieusement, je trouvai plusieurs indurations dont quelques-unes avaient la grosseur d'une noisette et semblaient intéresser les muscles dans toute leur profondeur. Les plus volumineuses correspondaient au voisinage des attaches supérieures du trapèze. Les pressions exercées sur ce point produisent une sensation plus vive que

partout ailleurs et s'irradient à droite dans la direction de la face, donnant lieu à une douleur analogue à celle que le malade éprouve au moment des accès.

Le massage, pratiqué de préférence sur ces indurations était très douloureux au début ; il devint supportable au bout de trois ou quatre semaines.

La céphalée diminuait en même temps que les indurations. Au bout de cinq semaines, les paroxysmes étaient déjà moins fréquents ; mais ce ne fut qu'au bout de quatre mois, après quatre-vingt-deux séances, que ce malade obtint une période de bien-être absolu. A ce moment, le muscle avait repris son volume normal et il ne restait plus que des traces des indurations les plus volumineuses.

La malade a repris ses forces ; elle a meilleure mine, dort tranquillement ; l'état moral est aussi beaucoup meilleur. Je l'ai vue plusieurs mois après la fin du traitement, il n'y avait pas eu de récidive.

## Obs. CXVIII

*Myosites de différents sièges. — Céphalalgies datant de quinze ans. — Deux espèces d'accès, les uns violents, les autres tolérables. — Tuméfaction et douleur des ganglions cervicaux du grand sympathique. — Massage. — Guérison.*

M. T..., de la République argentine, 50 ans, se présente à moi le 2 octobre 1887. Depuis quinze ans il souffre de violents maux de tête pour lesquels on a fait de nombreuses piqûres à la morphine dont il est possible de voir les traces sur le bras droit. Ce malade a vu presque tous les médecins en renom de l'Europe et de l'Amérique ; de nombreuses opinions ont été émises sur la nature de son mal ; aucune

n'a été confirmée par le résultat des traitements institués en conséquence. On a cru à la congestion ou à l'anémie cérébrale; au rhumatisme du cuir chevelu, à une névrose générale à localisation céphalique ; à une névralgie réflexe ayant l'estomac pour point de départ. Aucun des traitements essayés n'a produit autre chose qu'un soulagement et de courte durée. L'électricité, l'hydrotérapie, les cures d'air, le séjour aux stations balnéaires, le régime de Schrott, la quinine, l'aconitine, le gelsemium, la caféine, le bromure de potassium, le nitrite d'amyle, l'antipyrine ont été tour à tour employés sans résultat ou avec un résultat insignifiant. Il n'y a guère que les injections de morphine qui aient réussi et encore, on a dû augmenter la dose à un tel point qu'on a fini par provoquer des accidents d'intoxication. Le malade est d'autant plus désespéré qu'il considère sa névrose comme héréditaire : sa mère, son père, sa sœur ont eu des névralgies de même siège et d'intensité analogue.

Dès le début les crises étaient pénibles, mais depuis quelques années, elles sont devenues presque insupportables. Aujourd'hui, les douleurs s'étendent à toute la tête. Il y en a de différents caractères : les unes se développant avec la rapidité de l'éclair sont généralisées en quelques minutes. Elles débutent à droite, mais passent très vite à gauche, ont le caractère franchement névralgique ; elles sont aiguës, lancinantes, arrivent sans prodrome, à n'importe quel moment, le malade est parfois pris au milieu de la rue. Depuis 4 à 5 ans, ces accès se succèdent régulièrement à trois semaines d'intervalles et durent 48 heures; il est rare qu'ils se prolongent plus longtemps. Le malade souffre le martyre pendant 24 heures, il ne mange ni ne dort ; c'est à ce moment qu'il réclame des injections de morphine. L'attaque est suivie d'un abattement

profond et de troubles gastriques, mais ceux-ci tiennent probablement à l'absorption de la morphine. Toute la tête est prise, mais le maximum de la douleur correspond à la région orbito-frontale; il reste, le paroxysme fini, un endolorissement diffus de la tête mais plus marqué sur le trajet des nerfs.

Outre ces accès, que le malade appelle ses grandes crises, il en existe d'autres qui alternent avec eux et semblent rhumatismaux. Ceux-ci sont plus fréquents, presque hebdomadaires pendant la saison froide. Moins violents que les premiers, ils arrivent généralement le matin, augmentent d'intensité jusqu'au soir et passent du côté opposé à celui où ils ont débuté. Ces accidents continuent mais en s'affaiblissant peu à peu jusqu'au soir du lendemain; ils n'empêchent pas le malade de dormir, ne sont pas assez violents pour qu'il réclame des piqûres de morphine. Toute la tête est prise, mais la sensation est surtout violente dans les tempes, la douleur est plus tolérable sur le front et plus marquée dans la moitié droite. Elle marche autrement que la première; celle-ci débute brusquement; la seconde, au contraire, est précédée d'une sensation de pesanteur qui se propage petit à petit soit du côté de la nuque, soit vers la tempe pour envahir toute la tête dans un laps de plusieurs heures; l'augmentation d'intensité suit la même gradation. Pendant ces attaques, la figure devient rouge, le pouls est accéléré; les préparations de quinine ne produisent aucun effet.

Enfin une troisième variété de douleurs, isolée et différente des précédentes ne comprend que la région temporale du côté droit. Elle se produit très vite sous l'influence d'un courant d'air froid qui frappe directement la région, reste bien localisée, mais ne dure pas plus de 8 à 10 heures; cette douleur est manifestement rhumatoïde.

Voici les altérations locales que je pus constater dans mes divers examens : du côté droit, derrière l'apophyse mastoïde, induration musculaire prononcée et volumineuse. Dans le trapèze, vers le milieu de la nuque, autre induration moins résistante et probablement plus récente. Quand on exerce une pression énergique à ce niveau, le malade accuse une violente douleur au sommet de la tête et au-dessus de l'orbite ; un ganglion lymphatique est tuméfié et douloureux à la pression.

Le ganglion cervical supérieur du grand sympathique également tuméfié est très douloureux à la pression ; lorsque celle-ci est un peu énergique, le malade se plaint soit de douleurs au sommet de la tête, soit d'une sensation de constriction épigastrique très pénible, soit de douleurs intra-vésicales. Le ganglion cervical moyen présente des altérations analogues ; il n'y en a presque pas sur le ganglion cervical inférieur. Sensibilité très marquée le long des nerfs sus-orbitaire et naso-ciliaire.

Du côté gauche même induration presque symétriquement à l'insertion du sterno-mastoïdien.

Petit noyau résistant dans le corps d'un des scalènes; résistance très marquée au niveau de son insertion sur l'omoplate.

Le ganglion cervical supérieur de ce côté présente la même tuméfaction et la même douleur à la pression que son congénère. Ces phénomènes sont beaucoup moins prononcés au niveau du ganglion cervical moyen. Sur le trajet du sus-orbitaire du côté droit, on sent un cordon dur, épais, résistant ; mêmes phénomènes quoique à un degré moins marqué du côté gauche.

Des deux côtés et surtout à droite, en avant, les attaches

supérieures des muscles temporaux sont extrêmement douloureuses à la pression. Cette douleur diffère de celle qu'on rencontre dans les autres régions ; elle est extrêmement vive : le malade dit qu'il souffre comme si l'on enfonçait un couteau dans la tête.

Sur ses instances, je commence le massage, mais je n'ose rien promettre à cause de l'intensité du mal et de l'étendue des lésions. Les premières séances ont été douloureuses mais le malade s'y habitue vite ; au bout de trois semaines, le procédé est bien supporté. Toutes les parties intéressées sont massées successivement. Pendant les six premières semaines je n'obtins pas la plus légère amélioration.

Heureusement le malade, persuadé que le massage finirait par lui être utile, découragé par la multiplicité des traitements qu'il avait suivis en vain jusqu'alors, persistait avec une rare énergie. Peu à peu il y eut des périodes d'amélioration suivies d'accidents absolument semblables à ceux qui avaient existé jusqu'alors. Puis ces accalmies devinrent plus longues, malheureusement les accès étaient toujours aussi pénibles que par le passé. Après deux mois et demi de traitement l'amélioration était manifeste ; il n'y avait plus de grandes attaques à périodicité presque régulière, les autres étaient également plus rares et moins intenses ; les douleurs restaient unilatérales et disparaissaient dans le cours de la journée. Pendant toute la durée du traitement il fut possible de prévoir l'arrivée prochaine des attaques d'après le degré de sensibilité des ganglions du sympathique et des indurations du muscle sterno-mastoïdien. Quand cette sensibilité était exagérée on pouvait prédire presque à coup sûr une crise pour le lendemain. Il fallut quatre mois de traitement pour que le malade pût être considéré comme guéri. A ce moment, il déclarait avoir ressenti.

seulement depuis trois semaines, une douleur fugace et très supportable dans la tempe droite et cela à la suite d'une exposition à un courant d'air froid.

On ne trouve plus rien du côté des ganglions du sympathique. Les altérations du sterno-cléido-mastoïdien furent plus rebelles que tout le reste; elles finirent pourtant par disparaître, à la suite d'un massage très énergique. L'inflammation des régions temporales fut plus vite guérie; il y eut, comme nous l'avons vu, des récidives sérieuses dans le cours même du traitement. Persuadé que tout irait bien pendant l'été, mais craignant de nouvelles menaces aux approches de la saison froide, je l'engageai à venir me trouver à l'automne, si par hasard quelque chose lui faisait craindre un réveil des accès. Je ne l'ai pas revu, et j'ai appris qu'à son départ pour l'Amérique, au mois de décembre suivant, il allait très bien. J'ai eu des nouvelles de ce malade par un de ses correspondants commerciaux, à Paris, au mois de mars 1890. « Il était fort rare, disait-il, qu'il éprouvât des maux de tête, et ceux qu'il avait étaient faibles et ne l'empêchaient pas de vaquer sans difficulté à ses travaux courants. »

## Obs. CXIX

*Myosite correspondant à plusieurs insertions musculaires de la nuque. — Céphalalgie datant de l'enfance. — Depuis quelques années paroxysmes mensuels puis hebdomadaires semblables à des accès de migraine. — Sensibilité à la pression sur le trajet du sus-orbitaire. — Massage. — Guérison.*

Madame C., 55 ans, Américaine, maigre, pâle, mais n'ayant jamais eu d'autre indisposition que des douleurs erratiques disséminées, vient me consulter à Ragatz, dans le cours de

l'été de 1886, pour des douleurs de tête qu'elle éprouve depuis l'âge de 8 ans. De 8 à 10 ans ces douleurs furent sourdes, gravatives, localisées à la région frontale; elles ne se produisaient qu'à la suite d'un travail intellectuel assidu et un peu prolongé. L'électricité méthodiquement appliquée à cette époque ne produisit qu'un soulagement passager. On attribua ces accidents à l'anémie, elle prit du fer, du quinquina, de l'arsenic sans avantage. Depuis ce moment, la céphalée a cessé d'être coutumière, mais elle a pris le caractère paroxystique aigu des accès migraineux. Il y a d'habitude une crise par mois, quelquefois davantage et elle dure deux jours. Pendant l'hiver 1879-80, séjour dans le midi de la France, le mal semble plutôt aggravé. Elle avait espéré que la ménopause amènerait une diminution ou une cessation complète des douleurs, mais cet espoir a été complétement déçu : depuis la cessation définitive des règles, elle souffre plus que jamais. Au contraire, il y a 14 ans, dans le cours d'une grossesse, elle avait éprouvé une amélioration notable.

Le mois qui précéda l'époque à laquelle je vis pour la première fois cette malade, elle avait eu quatre attaques. Les périodes de répit n'avaient eu par ce fait qu'une durée insignifiante. La crise commence le matin, lorsqu'elle se lève, atteint son acmé vers midi, garde pendant deux heures et demie la même intensité, puis tout rentre dans le calme. Elle ne souffre pas la nuit et dort bien; à son réveil, le lendemain, les accidents se reproduisent dans le même ordre que la veille, mais elle souffre un peu moins; les douleurs sont sensiblement égales des deux côtés de la tête; c'est toujours à droite qu'elles commencent; n'éprouve rien vers la nuque. Tout débute par le vertex, puis les propagations se font vers le front, les orbites, les tempes. C'est à ce moment que la crise est à son acmé.

Les yeux sont rouges et larmoyants, il y a de la photophobie ; les paupières sont lourdes. Les moindres bruits sont insupportables ; elle ne peut entendre une conversation ni même le bruit de pas dans une chambre voisine de celle où elle se trouve sans que ses souffrances soient exagérées dans des proportions considérables : pas de vomissements, mais nausées dans tout le cours de l'attaque. Elle est soulagée lorsqu'elle se met au lit et se serre fortement la tête à l'aide d'un mouchoir. Il y a une telle sensibilité du cuir chevelu qu'elle peut à peine supporter la pression de l'oreiller. A perdu une grande partie de ses cheveux; les douleurs ne sont modifiées en quoi que ce soit par le changement de climat ou de saison ; souffre autant l'été que l'hiver. Les veilles prolongées, les émotions déprimantes, les troubles digestifs provoquent à peu près sûrement les crises. Elle en a surtout de très pénibles pendant les voyages en chemin de fer. Depuis plusieurs années elle vit forcément à l'écart, s'abstenant de toutes relations sociales. Elle a pris du bromure de potassium à plusieurs reprises, cette médication n'a produit qu'un mieux temporaire. Elle a eu recours à l'antipyrine ; au début elle a eu un peu de soulagement, mais depuis plusieurs mois des doses même élevées ne produisent plus rien. Lorsque je l'examine pour la première fois, je trouve une induration très marquée dans le voisinage des attaches crâniennes du splénius du côté droit. Du même côté résistance très forte des deux sterno-mastoïdiens, un peu en arrière de leur attache à l'apophyse mastoïde ; une d'elle est très sensible à la pression ; la douleur provoquée par celle-ci s'irradie vers le vertex. Il existe également un foyer d'induration du côté gauche le long de l'attache du trapèze au crâne. Tuméfaction très étendue de la gaîne aponévrotique dans la région des protubérances occipitales ; un peu de sensibilité sur

le trajet du sus-orbitaire dans la région frontale droite.

Traitement par le massage que je fais porter sur les indurations signalées. La malade le supporte très bien et ne l'interrompt que pendant le temps que nécessite son retour à Paris. Au bout de 14 jours, il y avait déjà une amélioration sensible ; celle-ci ne fit que s'accroître et après un traitement de deux mois et demi, cette personne se déclarait tout à fait guérie. Elle n'avait pas eu d'accès, ni de céphalée depuis 14 jours, ce qui ne lui était peut-être jamais arrivé auparavant. Les indurations avaient complètement disparu.

J'ai revu M$^{me}$ C., environ dix mois après la fin du traitement ; elle était rose, fraîche, ne souffrait plus et rien dans sa contenance ne rappelait l'air maladif d'autrefois. Pendant 6 à 7 mois, elle a été absolument bien ; mais depuis 3 mois, elle a de temps en temps un peu de céphalée. Ces accidents sont rares, et ne sont comparables, ni comme durée, ni comme intensité, à ce qu'ils étaient. Dans l'examen je trouve qu'un peu d'induration s'est reproduite vers l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien. Elle a complètement disparu après 3 semaines de traitement. J'ai encore eu récemment de ses nouvelles par une de ses amies habitant Paris (octobre 1890) ; la guérison s'est maintenue ; elle peut sortir et aller dans le monde et n'a que très rarement un peu de céphalée, si tolérable qu'elle n'y prête aucune attention.

## Obs. CXX

*Myosites correspondant aux insertions crâniennes des muscles du cou et du corps charnu de différents muscles. — Céphalalgie datant de vingt-deux ans. — Tuméfaction et sensibilité à la pression des ganglions cervicaux supérieur et moyen du côté droit. — Massage. — Guérison.*

M. M..., 34 ans, de nationalité anglaise, s'adresse à moi pour une céphalalgie qui remonte à l'âge de douze ans. A cette époque, il éprouvait souvent des accès de névralgie qui duraient deux à trois jours. Il ne peut pas dire si l'application intellectuelle était pour quelque chose dans leur apparition. On croyait à la simulation, à la paresse, parce que l'enfant se plaignait souvent de ne pouvoir travailler à cause du mal de tête.

Depuis lors les douleurs n'ont changé ni de siège ni de caractère. L'accès commençait toujours par une sensation de douleur dans la région frontale, celle-ci s'étendait peu à peu dans toute la tête. Il souffre autant l'été que l'hiver; la crise vient avec une certaine régularité habituelle tous les quinze jours, parfois seulement une fois par mois, mais elle ne dure jamais plus d'un jour; en général, elle débute le matin, lorsqu'il est encore au lit, dans la région indiquée plus haut, au bout d'une demi heure toute la tête est prise. La douleur augmente jusque vers midi et elle cesse presque subitement sans laisser la moindre sensation désagréable. Pendant la crise, il lui semble qu'il a la tête étroitement serrée dans un étau. Les écarts de régime et surtout les indigestions sont suivis d'accès très violents, de telle sorte qu'on a cru au vertige gas-

trique. Pendant les accès, la tranquillité et le repos diminuent notablement la douleur; ne quitte plus le lit.

Jamais de douleurs dans les yeux, mais un peu d'obnubilation de la vue. Après avoir beaucoup souffert, il a fini par devenir nerveux, irascible, un rien le met de mauvaise humeur.

Ce malade, qui est un écrivain de talent bien connu en Angleterre, ne peut se livrer à aucun travail assidu. Dans ces derniers temps, il a pris du sulfate de quinine à hautes doses, sans effet; l'aconitine n'a produit qu'une amélioration passagère, vésicatoire derrière les oreilles, sans résultat, les pointes de feu à la nuque ne réussissent pas mieux; a fait sans avantages plusieurs cures minérales.

A droite, toute la région de la nuque correspondant aux attaches crâniennes des muscles du cou, est douloureuse; l'induration s'étend sur une longueur de un centimètre ou même davantage pour certains endroits, depuis la protubérance occipitale externe jusqu'à l'apophyse mastoïde. A ce niveau, tuméfaction et sensibilité à la pression à droite. Les deux ganglions supérieurs du sympathique, surtout le moyen, sont tuméfiés et douloureux au toucher; en pressant sur lui, on provoque des douleurs frontales analogues à celles qui existent au moment de la crise. Le sus-orbitaire est presque insensible à la pression des deux côtés.

A gauche, tuméfaction et induration au niveau des scalènes. Quelques ganglions lymphatiques volumineux dans le voisinage. Ganglion cervical moyen tuméfié et douloureux à la pression. Le massage est commencé aussitôt après un accès; au bout d'un mois, le matin, sensation douloureuse continue dans le front, pas d'accès proprement dit; en moins d'une demi-heure tout était fini. Quinze jours plus tard, les mêmes phénomènes se produisent, la crise commence, mais ne se

poursuit pas. Au bout de deux mois, guérison complète; les altérations indiquées plus haut n'existent plus. J'ai reçu des nouvelles de ce malade a la fin du mois de septembre dernier. Dans les six semaines qui suivirent le traitement il eut des accès incomplets et très légers. Depuis cette époque il a eu des menaces, à de rares intervalles seulement. Le nervosisme est moindre et le malade peut, sans difficulté, se livrer d'une façon continue aux travaux intellectuels. Il n'existe plus, paraît-il, de tuméfaction du côté des ganglions lymphatiques.

### Obs. CXXI

*Myosites de la nuque. — Céphalalgie avec accès quotidiens remontant à 14 ans. — Massage. — Guérison.*

M. M..., 34 ans, m'est adressé au mois de février 1890 par le Dr Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ce malade a bien voulu m'adresser lui-même une note détaillée sur les accidents qu'il avait éprouvés avant que l'on commençât le massage. Je le transcris littéralement.

« En 1877, à la suite de mon volontariat d'un an, je commençai par éprouver de loin en loin de violents maux de tête. Le mal était localisé à la nuque et la douleur se manifestait exclusivement du côté gauche. Pendant quelques années, j'eus de temps en temps des accès espacés d'une façon régulière, accès qui me venaient généralement à la suite d'une marche au soleil ou d'une station prolongée dans un courant d'air.

Vers 1885 mes maux de tête augmentèrent d'intensité ; les accès se rapprochèrent ; ils s'annonçaient dès le matin, au lever, par un malaise indéfinissable. Lorsque je me levais dans ces dispositions, les accès venaient sûrement dans la journée entre 4 et 6 heures. J'étais alors obligé de prendre le lit.

A partir de 1888, on fut obligé d'en venir à des piqûres de morphine qui seules pouvaient me calmer.

Enfin, dans l'année 1889, au mois de janvier, les crises prirent une régularité et une acuité excessives, puis elles redevinrent quotidiennes. Plusieurs traitements et régimes furent essayés sans apporter d'amélioration sensible à mon état.

Les douches, l'hydrotérapie, l'homœopatie, rien ne réussit d'une façon durable. J'éprouvais quelquefois un soulagement passager par l'aconitine, l'antipyrine; mais bientôt elles n'eurent plus d'action sur moi. »

Je vis pour la première fois ce malade le 10 février 1890. Je trouve à la nuque un foyer d'induration dans les muscles splénius et trapèze ; il était séparé des insertions crâniennes par un sillon de volume d'une plume d'oie. Cette induration était grosse à peu près comme une noisette, mais elle était aplatie et irrégulière et augmentait d'épaisseur à mesure qu'on s'éloignait du crâne et en avant. Douleur vive à la pression ; cette douleur remonte jusque vers le vertex en suivant le trajet du nerf occipital. L'induration présente une consistance cartilagineuse surtout dans sa partie antérieure ; pas de douleur à la pression sur le trajet des nerfs du cuir chevelu.

*Massage* commencé le 10 février.

Le malade a pris soin de noter lui-même les résultats du traitement.

« Lorsque nous commençâmes les séances, il y avait 14 mois que mes crises étaient devenues quotidiennes. Les premières séances furent très douloureuses et augmentèrent en quelque sorte leur intensité, mais après la *trentième*, je n'en eus plus une seule pendant 23 jours. J'eus encore une crise très forte le 6 avril; elle me dura 48 heures, puis je restai 35 jours sans accès. Au moment de cette crise, j'avais suspendu le massage

depuis 12 jours, pour des raisons indépendantes de ma volonté. Cette dernière crise fut très forte aussi.

« Je repris les séances le 2 juin jusqu'au 30 et depuis le 13 mai (la lettre est du 1er juillet), je n'ai ressenti aucun mal de tête. J'ai repris mes forces, mon appétit et ma bonne humeur, et j'espère ne plus voir reparaître ce mal qui m'a tant fait souffrir pendant quatorze ans. »

Par une de ces coïncidences bizarres plus fréquentes qu'on ne le croirait en clinique, au moment où je traitais le malade dont on vient de lire l'observation, j'eus l'occasion d'en voir un autre chez lequel on trouvait des accidents presque identiques ; les accès revenaient tous les jours après le dîner, vers 6 heures du soir ; ils atteignaient leur acmé au bout d'une heure. Le malade ne pouvait guère fermer les yeux que vers 4 à 5 heures du matin ; alors la crise cessait assez brusquement. Cet état durait depuis 4 mois ; il avait pris du sulfate de quinine à hautes doses, mais il n'avait jamais éprouvé qu'une amélioration passagère. Comme dans le cas précédent, on trouve dans le trapèze et le splénius des foyers de myosite. Guérison complète au bout de 5 semaines. (Dès le 12e jour l'amélioration était telle que le malade m'avait quitté ; je l'ai vu 5 jours plus tard, le mal était revenu.)

### Obs. CXXII.

*Myosites multiples du côté gauche du cou et de la tête. — Névrites concomitantes. — Névralgie rebelle du cuir chevelu. — Massage. — Guérison.*

M^me M.., 44 ans, Anglaise, aurait eu pendant des années des migraines assez légères dont elle s'est peu préoccupée. Au mois d'avril 1887, à la suite d'une excursion en mer par un temps froid et humide, elle éprouve brusquement une sorte de malaise dans tout le cuir chevelu; ce malaise est léger, elle va le soir même au théâtre.

Depuis lors, elle n'a pour ainsi dire pas passé un seul jour sans souffrir, surtout par les temps pluvieux et le brouillard ; souffre davantage à la suite des fatigues intellectuelles et des émotions. Elle a moins souffert l'été dernier parce qu'elle a pu quitter son domicile et cesser de s'occuper de ses affaires. Elle est soulagée par la transpiration qui suit les exercices un peu énergiques ; jamais la douleur ne la prive de sommeil. Elle a consulté plusieurs médecins célèbres; les uns ont parlé de neurasthénie, les autres de névralgie du cuir chevelu, d'autres de rhumatisme de la tête. Divers traitements, en particulier l'hydrotérapie, ont été employés sans résultat; l'électricité, une cure par le massage en Allemagne (dans une ville d'eaux) n'ont pas mieux réussi; ce dernier traitement a été cependant suivi d'une amélioration de quelques semaines, mais au bout de ce temps les douleurs ont reparu avec la même intensité qu'auparavant. Saison à Homburg et à Wiesbaden sans résultat. Changements de climat inutiles. Aujourd'hui cette dame se plaint d'une sensation de brûlure du cuir chevelu; d'autres fois, il lui semble qu'on frappe à coups répé-

tés sur le vertex. Cette région est, comme la nuque, douloureuse au toucher. Tout est limité au côté gauche. Depuis quelque temps elle éprouve, quand elle remue la tête, une sensation de gêne très pénible surtout lorsqu'elle essaye de la tourner à droite ; foyers de myosite très nombreux, tous situés à gauche. Induration marquée dans le trapèze près de son attache crânienne ; une autre moins accusée mais plus étendue siège un peu plus bas au voisinage de la colonne vertébrale : on trouve encore de la myosite au début, caractérisée uniquement par de la tension et de la diminution de l'élasticité du muscle et une vive douleur à la pression, dans la partie supérieure des scalènes ; autre foyer dans le sterno-cleido-mastoïdien, tuméfié au voisinage de son attache supérieure. Temporal sensible à la pression ; suivant la ligne circulaire correspondant à ses attaches crâniennes cette zone présente une largeur de quelques millimètres seulement. Ganglion cervical supérieur du grand sympathique tuméfié et douloureux à la pression. Ce ganglion et les insertions du temporal du côté droit sont un peu plus sensibles qu'à l'état normal. Le petit occipital et la portion supérieure du sus-orbitaire (la portion frontale et même une portion correspondant au cuir chevelu) semblent être le siège d'une véritable névrite ; la sensibilité à la pression est très vive. En arrière, près de la nuque, on trouve une portion du cuir chevelu, large comme une pièce de cinq centimes, tuméfiée et très douloureuse à la pression. Une douleur analogue existe sur le vertex, mais la tuméfaction est peu marquée.

*Massage.* — Commencé pendant mon séjour à Ragatz dans le cours de l'été de 1889. Je le continue après mon retour à Paris au mois d'octobre ; douleur très vive quand on fait porter les manœuvres sur le trajet des nerfs petit occipital et sus-orbitaire ; malgré cela, la malade supporte bien le traitement.

Le massage des scalènes détermine une vive douleur au sommet de la tête, la malade y porte immédiatement la main. Au bout de 14 jours, la myosite a notablement diminué, peut tourner la tête sans difficulté ; un mieux sensible s'est produit au bout de 3 semaines. Après chaque séance du massage, la malade déclare qu'elle ne souffre plus du tout, ce qui ne lui était jamais arrivé depuis le début des accidents ; l'inflammation du cuir chevelu disparaît d'abord, puis les foyers de myosite, puis la tuméfaction du nerf sympathique. Les névrites sont plus tenaces ; je n'en ai eu raison qu'après trois mois de traitement, deux séances par jour dans le cours du dernier mois.

J'ai eu des nouvelles de cette malade au mois d'octobre 1890. Au mois de mars précédent, elle avait souffert sur le sommet de la tête pendant 15 jours environ. Ces accidents ont cessé ; elle n'a que quelques douleurs vagues peu intenses qui ne se produisent guère que quand elle a été exposée à un courant d'air froid. Peut s'occuper de ses affaires qu'elle avait négligées depuis 2 ans.

### Obs. CXXIII

*Myosite du scalène. — Ganglions cervicaux du sympathique douloureux. — Plusieurs ganglions lymphatiques tuméfiés. — Céphalalgie à paroxysmes datant de 10 ans. — Massage. — Guérison.*

Mademoiselle T., 24 ans, de nationalité italienne, vient me consulter pour la première fois au mois de décembre 1889. Elle était pâle, anémiée et semblait beaucoup souffrir. Les douleurs commencent toujours dans la moitié latérale droite du cou, et montent assez vite derrière l'oreille jusque vers le vertex. Faibles et faciles à supporter au début, elles ne tardent pas à devenir extrêmement pénibles ; alors la tête est inclinée du

côté malade. Cette position est conservée pendant tout le temps que dure la crise, c'est-à-dire de 24 à 48 heures. L'attaque finie la malade est très abattue par suite et de la douleur et du manque de sommeil; la douleur est aiguë, lancinante, pongitive, la malade dit qu'il lui semble qu'on lui enfonce des aiguilles dans le côté du cou. Dans ces derniers temps, il y a eu jusqu'à deux crises par semaines et de jour en jour ces crises ont augmenté d'intensité ; les émotions, les changements de temps exercent une influence considérable sur les attaques; un coup de vent froid suffit pour en provoquer une: elle ne va jamais en voiture découverte, sauf pendant les chaleurs de l'été. A l'examen du cou, on trouve dans sa moitié droite plusieurs ganglions tuméfiés, sensibles à la pression.

Les scalènes paraissent être le siège d'une myosite aiguë; dans la plus grande partie de leur étendue, vive douleur à la pression au niveau des ganglions cervical, moyen et inférieur du grand sympathique.

Le massage commencé à ce moment nous conduisit en deux mois à une guérison complète, comme le montre la lettre suivante que la malade m'écrivait de Rome le 23 mai 1890.

« Il y a dix ans (j'avais alors quatorze ans) je commençai à ressentir de temps en temps de petites douleurs au côté droit du cou, qui ont été tout de suite qualifiées de névralgie par les médecins. A ce moment là les crises se répétaient à peu près deux ou trois fois par an, mais elles devinrent plus fréquentes et de plus en plus douloureuses d'année en année laissant la partie malade comme durcie après chaque accès. — Je fus envoyée pendant deux saisons faire la cure de Creuznach (en Allemagne) ce qui ne me soulagea que momentanément. A Rome mon médecin attribuait ces névralgies au

climat et me soigna pendant longtemps avec de la quinine et d'autres fébrifuges. Comme cela ne me guérit pas, on me fit, pendant un certain nombre de semaines des injections locales d'acide phénique, mais toutes ces cures n'eurent aucun résultat sérieux. — A Paris, je consultai d'autres docteurs, qui me conseillèrent une cure fortifiante, attribuant mes souffrances à l'état lymphatique de mon sang. L'année dernière mon mal ayant beaucoup empiré, j'eus l'occasion de connaître le docteur Landovski de Paris, qui me poussa beaucoup à essayer une cure de massage chez le docteur Norström. Je suivis son traitement pendant six semaines. Aux premières séances je souffrais davantage et tolérais à peine la pression du doigt sur la partie malade ; mais, au bout de quinze jours à peine, je commençai à sentir un réel progrès et bien avant la fin de la cure je n'éprouvai plus la moindre sensation douloureuse. — Il y a maintenant quatre mois que ce traitement est fini et que je ne sens plus trace de ces douleurs qui m'ont fait tant souffrir pendant dix années entières. » La guérison s'est maintenue.

### B. RÉGION DU TRONC.

#### Accidents auxquels les myosites de cette région ont donné lieu. — Observations.

Les myosites du tronc donnent lieu, comme celles du cou et de la tête, à différents processus assez mal déterminés, décrits d'habitude dans les livres de pathologie par leurs noms populaires : on parle de *tour de reins* à propos d'accidents aigus d'origine traumatique caractérisés par une douleur continue spontanée,

exagérée parfois à tel point dans les mouvements que le malade est obligé à une immobilité au moins partielle. Il s'agit comme toujours du tiraillement et de la rupture d'un certain nombre de fibres musculaires et d'accidents inflammatoires consécutifs. Ce sont là d'excellents cas pour le massage; en deux séances, parfois en une seule le praticien a raison d'accidents qui semblaient très graves; c'est dans un fait de cette nature dont nous avons parlé à l'historique que Martin, de Lyon, put faire une sorte de miracle et se venger par une inoffensive mystification du septicisme impertinent d'un de ses confrères à l'égard du massage.

On appelle lumbago une affection douloureuse siégeant de préférence, comme son nom l'indique, à la partie inférieure du tronc. Tantôt, c'est une myosite traumatique aiguë abandonnée à elle-même ou traitée à contre-sens; souvent c'est une myosite chronique d'emblée : plus souvent encore c'est une simple douleur a frigore. La plupart des pathologistes font rentrer le lumbago dans les formes du rhumatisme musculaire. Je n'y vois aucun inconvénient et je puis répéter ce que j'ai dit pour toutes les phlegmasies de même ordre : le rhumatisme agit comme cause prédisposante. Un des défauts les plus graves de cette terminologie c'est son manque de précision ; on parle de tours de reins et de trauma, de lumbago et de rhumatisme, on institue

des médications générales et savantes ; dans les deux cas le vrai et le seul traitement c'est le traitement local. De plus une expression unique semble indiquer des analogies cliniques nombreuses ; c'est le contraire qui est vrai. En lisant les cinq observations qui vont suivre et que nous donnons comme des exemples non équivoques de myosites du tronc, on verra que les foyers ont occupé les sièges suivants :

| | | |
|---|---|---|
| Muscles | prévertébraux et moyen fessier.... | 1 fois |
| — | Grands dorsaux et sacro-lombaires | 2 |
| — | Prévertébraux.................. | — |
| — | Différents muscles.............. | — |

De ces myosites chroniques, une était d'origine traumatique et succédait à la forme aiguë. Le malade eut un tour de reins et garda des douleurs vives surtout pendant le décubitus et une sensation extrêmement pénible de constriction du thorax.

Une myosite chronique d'emblée semblait franchement rhumatismale ; elle était exagérée aux changements de temps et le malade pouvait très difficilement porter le corps en avant.

Dans les trois autres cas, aucun renseignement n'est donné sur les antécédents ; il existait une douleur sourde, continue, exagérée par la marche et les mouvements à tel point que les malades ne pouvaient plus s'habiller seuls. Chez quelques-uns, il y avait de

la faiblesse, on avait même cru, en présence de pareils symptômes, qu'on avait affaire à une affection médullaire.

Il s'agit toujours de myosites à foyers souvent multiples; en cherchant bien, on en découvre dans les muscles prévertébraux, dans ceux de la masse sacro-lombaire, dans le grand dorsal. Inutile d'espérer qu'on guérira le malade en une ou deux séances. La patience et la conviction sont des qualités indispensables pour qui veut conduire à bien un traitement de cette espèce. Il faut chercher les foyers en tâtonnant; parfois dans une seconde exploration on en découvre qui avaient échappé dans une première; puis on masse jusqu'à disparition : tant qu'il reste une zone où l'élasticité est perdue, une saillie ou une résistance, il faut agir ferme, car les douleurs persistent ; si elles ont été momentanément atténuées, elles peuvent reparaître avec une nouvelle intensité. Il y a d'autres myosites du tronc dont on ne dit rien et qui pourtant ne sont guère moins pénibles que celles dont nous venons de parler ; elles siègent dans la paroi antérieure de l'abdomen ; celles-là peuvent provoquer des gastralgies, des entéralgies, des cystalgies. J'en ai observé une très rebelle l'année dernière à la suite d'une myosite de la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen ; le malade avait de la dysurie, des mictions d'une fréquence inquiétante et une douleur vésicale continue. Ce fait

semble confirmer une opinion défendue par M. Hartmann[1] d'après laquelle les cystalgies seraient presque toujours de nature réflexe. Heureusement que chez mon client, les noyaux d'induration étaient superficiels et accessibles. Après trois semaines de massage il allait bien ; obligé d'interrompre son traitement à ce moment, il put vaquer à ses affaires comme avant d'être malade. J'eus l'occasion de le revoir quelques mois plus tard ; l'amélioration s'était maintenue et même accusée. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi ; il est extrêmement difficile d'atteindre ces foyers chez des individus qui ont de l'embonpoint. Des myosites du tronc, celles de la paroi abdominale, sont peut-être les plus ennuyeuses de toutes ; elles donnent lieu à des difficultés de diagnostic dont il est extrêmement difficile de sortir, leur traitement est laborieux, les indurations fuient sous le doigt parce que la masse intestinale se déplace, on n'obtient qu'une fixité relative et très courte en recommandant au malade de retenir le plus longtemps possible sa respiration.

### Obs. CXXIV

*Myosite disséminée du dos. — Indurations calleuses. — Affaiblissement général. — Massage. — Guérison.*

M. S. L., 34 ans, sentit, il y a 4 ans, en sautant d'assez haut,

1. *Revue de chirurgie*, 1889, nº 40.

une violente douleur dans le dos. On applique immédiatement une vingtaine de sangsues : soulagement momentané. Depuis lors, la douleur, au lieu de disparaître, s'étendit à diverses parties du dos qui semblaient indemnes au début. Électricité, vésicatoires, hydrotérapie; malgré cela, les douleurs devinrent si vives qu'elles obligeaient souvent le malade à garder, pendant des semaines une immobilité complète. Dans les intervalles, il marchait constamment penché la tête en avant, évitant soigneusement ce qui pouvait provoquer une contraction ou simplement une tension des muscles affectés. Il accusait des sensations semblables à celles que produirait la constriction de la poitrine dans un étau. Le décubitus dans la même position étant douloureux, il ne pouvait dormir, l'état général est devenu mauvais, anorexie. Ne pouvant rester penché en avant, il a dû quitter son métier de comptable. L'année dernière il a essayé sans succès la gymnastique.

On a porté différents diagnostics : rhumatisme, névralgie, irritation spinale. Au toucher et à la pression on ne trouve aucun point sensible au niveau des vertèbres. Les muscles longs du côté droit du dos sont plus volumineux qu'à l'état normal. Cette augmentation de volume cesse dans la partie supérieure de la région scapulaire où les muscles paraissent normaux. Les muscles larges du dos, les fessiers, surtout le moyen sont tuméfiés et ont perdu leur élasticité. En exerçant une pression un peu plus énergique, on découvre quelques foyers d'induration dans la partie inférieure des muscles longs du dos ainsi que sur le moyen fessier. Leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une amande; elles sont plus douloureuses que le reste.

1880. Massage. Frictions du corps du muscle. Pétrissage des indurations, soulagement marqué après une vingtaine de

séances ; mouvements peu pénibles ; peut travailler sans trop de difficulté.

1/2 Sommeil meilleur ; le malade peut reposer sur les parties les plus douloureuses auparavant; état général meilleur.

25/3 Les muscles ont repris leur état normal ; les indurations ont à peu près disparu. Sommeil bon, peut reprendre son travail.

Pas de récidive au bout de 10 mois.

### Obs. CXXV

*Myosites diffuses du dos. — Indurations calleuses sur le trajet de différents muscles. — Massage. — Amélioration marquée.*

M. T. L., 46 ans, rentier, souffrait, depuis longtemps, de douleurs rhumatoïdes avec exacerbations au printemps et à l'automne. Il a été, à plusieurs reprises, obligé de garder le lit même des semaines. Les bains de Barèges, l'hydrotérapie, l'électricité n'ont jamais amené qu'une amélioration de courte durée. Peu à peu s'est montrée une tendance irrésistible à fléchir le corps en avant ; une flexion légère des articulations coxo-fémorales et fémoro-tibiales le soulageait et semblait lui rendre la marche plus facile; il évite instinctivement les contractions de certains muscles. La douleur est plus vive aux changements de temps et pendant la nuit dans les mouvements que fait le malade dans son lit ; il ne réussit que difficilement à s'habiller et à se déshabiller lui-même. Les grands dorsaux des deux côtés, les muscles des masses sacro-lombaires, ceux de la superficie et de la profondeur dans les régions de l'épaule, de la fesse (surtout le moyen fessier à son insertion supérieure sur l'os des iles) sont augmentés de volume et ils ont en grande partie perdu leur élas-

ticité. De plus, on trouve dans l'épaisseur de ces muscles des indurations dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette ; elles sont plus nombreuses, plus grosses et plus douloureuses dans la région scapulaire que dans la région fessière. Les mouvements actifs et passifs de la jambe sont limités, mais surtout à cause de la douleur. Le malade, qui était très robuste, est devenu, à la suite de ses souffrances, pâle et souffreteux. Les parties molles ont une consistance spongieuse. Depuis quelques semaines, l'état est tolérable ; il ne reste que la douleur et la difficulté des mouvements.

Massage, commencé le 24 novembre 1879 ; au début, très douloureux; pendant les trois premières semaines, les manipulations arrachent des cris au malade. Au bout de ce temps, il est mieux toléré, on peut prolonger les séances et déployer plus d'énergie dans les manœuvres. La douleur est surtout marquée quand le pouce exerce une pression sur une de ces indurations dont il a été question. Au bout de six semaines, les mouvements sont plus faciles; les forces ont augmenté. Le 2 février 1880, les mouvements sont presque libres ; pas de douleurs ; l'appétit est meilleur, le malade se sent plus fort. Les parties molles sont plus résistantes. Les indurations ont disparu pour la plupart ; il reste à peine des traces des plus volumineuses. Le malade va passer une saison à Aix-la-Chapelle. Au bout de 8 mois les bons effets du traitement s'étaient maintenus.

### Obs. CXXVI (*Wretlind*)

*Myosite chronique des muscles pré-vertébraux. — Engourdissement du pied. — Propagation du côté des muscles intercostaux.— Massage.— Amélioration.*

Le Dr X... consulte l'auteur du 1er octobre 1872. Voici la

description qu'il donnait lui-même de la maladie : « J'éprouve, depuis 10 ans, des douleurs dans le dos. Elles ont ordinairement leur siège à gauche de la colonne vertébrale, mais parfois elles s'étendent jusque sur le rachis ou même à droite. Elles vont en haut jusqu'à la première vertèbre dorsale, en bas jusqu'à la dernière côte. Au début ces douleurs étaient sourdes, je ne saurais mieux les comparer qu'au mal de dents ; elles étaient en même temps accompagnées d'une sensation de faiblesse telle que je pouvais difficilement rester assis sans avoir le dos appuyé ; il m'était même impossible de faire le moindre effort musculaire lorsque j'étais debout. Ces douleurs devenaient surtout intenses pendant une occupation journalière, mais elles existent aussi pendant le repos. Je ne pourrais pas dire avec certitude quelle influence les temps froids et humides exercent sur l'apparition ou la disparition de la douleur parce que je n'ai fait attention à cette circonstance que depuis l'année dernière ; son action s'est du reste manifestée bien rarement. Mais ce que j'ai pu constater c'est qu'elles cessaient parfois tout à fait lorsqu'après une exagération due à l'humidité ou au vent froid, je faisais une promenade rapide suivie de sudation. Je ne saurais rien dire touchant la cause, si ce n'est que pendant de longues années que j'ai été exposé tous les jours au froid et que de plus je prenais des douches et des affusions quotidiennes avec de l'eau très froide, hiver comme été, sans précaution. Au commencement de 1876, mon état empira sensiblement. Craignant une affection inflammatoire des vertèbres, parce que les sommets de plusieurs apophyses épineuses étaient douloureux à la pression, je gardai le lit et j'appliquai des mouches au point douloureux mais sans résultat. Le Dr Berghman de Stockholm croit à une myosite des muscles pré-vertébraux ; diagnostic confirmé par Mezger ; je fus

traité par le massage avec de courtes interruptions du mois d'août au mois d'avril ; les douleurs diminuèrent et présentèrent des intermittences. Je ne les sentais plus que quand j'avais dû pendant un certain temps garder une position gênée ou rester au froid et à l'humidité. »

Le malade se plaignait en outre d'une douleur du côté droit comparable à une névralgie intercostale et de sensations de rétraction et d'engourdissement dans le pied gauche. En somme les principaux symptômes siègaient de ce côté, ce qui était tout à fait en rapport avec les phénomènes objectifs. Il y avait de la tuméfaction, de la sensibilité à la pression, de l'induration des muscles trapèze (partie supérieure et inférieure) sus-épineux, grand dorsal, moyen fessier, etc. Tous les muscles pré-vertébraux paraissent atteints ; la myosite est guérie dans les couches superficielles, mais il reste dans les couches profondes un certain nombre de points dont la consistance n'est pas toujours facile à déterminer à la palpation. Les intercostaux du côté gauche sont également touchés, la douleur est diminuée par le traitement de même que l'engourdissement du pied, ce qui fait supposer qu'il tenait à l'inflammation du moyen fessier.

### Obs. CXXVII (*Wretlind*)

*Myosite chronique du dos et des lombes. — Massage. — Faradisation. — Guérison.*

S. patron de bateau, 50 ans, a souffert à plusieurs reprises de douleurs assez vives dans le dos pour l'obliger à interrompre son service et à prendre des bains. Depuis longtemps, le malade éprouve de sérieuses difficultés pour se courber et se déshabiller. Tous les mouvements sont faits de manière à éviter

la douleur du côté malade. On trouve des indurations sur le trajet des grands dorsaux des deux côtés, une induration dans le sacro-lombaire du côté gauche, et un point très sensible dans le sacro-lombaire du côté gauche ; et une partie sensible dans l'oblique externe du côté droit. Le malade désirait être guéri très vite. On fit donc chaque jour deux séances de massage et une application d'un fort courant faradique ; c'est certainement un bon moyen dans les cas aigus ou subaigus de myosite ; ou même dans les poussées aiguës survenant pendant une phlegmasie chronique. Après cinq semaines de traitement le malade était parfaitement guéri et pouvait se rembarquer.

## Obs. CXXVIII

*Myosites chroniques du dos. — Massage. — Guérison.*

Madame N.., 46 ans, nerveuse, traitée il y a 10 ans pour une irritation spinale. Le traitement n'a produit qu'une amélioration temporaire. Depuis quelques années, les douleurs du dos ont augmenté d'intensité. Ces douleurs, sourdes, contiguës occupent toute la région en s'étendant jusqu'aux reins. Se plaint aux changements de temps surtout à l'approche de la neige, elle souffre plus encore lorsqu'elle est fatiguée. Les douleurs ne quittent presque jamais cette personne et la privent de repos pendant la nuit. Ce qu'il y a de pis, c'est une sensation continuelle de pesanteur ; *il lui semble que son dos pèse au moins 200 livres !* une marche modérée la soulage. Les douleurs continuelles qu'elle éprouvait ont amené une condition très pénible d'excitabilité ; a fait des cures dans plusieurs stations thermales sans obtenir autre chose qu'un soulagement passager. Massage léger sans aucun résultat. Elec-

tricité pendant plusieurs mois sans soulagement notable. Quelque temps après la fin du traitement retombe dans son état antérieur. Hydrotérapie. Cette personne s'adresse à moi en février 1887.

Les douleurs persistent ; lorsqu'elles sont très fortes, pendant la marche, la malade chancelle comme si elle allait tomber. Aucun point sensible au toucher ou à la pression au niveau des vertèbres.

En examinant l'état des muscles, on rencontre plusieurs foyers de myosite à divers stades de développement ; tantôt ce sont de simples tuméfactions, d'autres fois de véritables indurations, ces foyers sont en général peu volumineux, très douloureux à la pression. Disséminés des deux côtés de la ligne médiane, sur le dos, dans les muscles longs et larges mais particulièrement dans la région lombaire et entre l'omoplate et l'épine dorsale. *Massage*. Aucun résultat pendant un mois ; au bout de ce temps, le dos ne se fatigue pas si vite. Après trois mois d'application régulière, la malade peut marcher sans éprouver la moindre gêne. L'excitabilité nerveuse a sensiblement diminué : « *Elle se sent, dit-elle, comme ressuscitée !* »

J'ai eu de ses nouvelles au mois d'août 1890. La guérison s'était maintenue.

### C. MEMBRE SUPÉRIEUR.

Myosites de l'épaule et du bras. — La crampe des écrivains et les myosites chroniques. — Histoire de la maladie. — Doctrines pathogéniques. — Principaux traitements employés. — Rapport pathogénique de la crampe des écrivains avec la myosite chronique.

Nous partagerons en deux groupes les observations relatives à des myosites chroniques du membre supé-

rieur traitées par le massage. Dans le premier qui en comprend quatre seulement les lésions étaient limitées au moignon de l'épaule et au bras ; on trouvait :

1° Des foyers symétriques dans l'épaisseur des muscles deltoïdes des deux côtés ;

2° Des indurations relativement volumineuses dans le deltoïde et le brachial antérieur du côté droit : des altérations du même ordre mais moins avancées du côté gauche.

3° Un foyer dans le deltoïde droit.

4° Des foyers symétriques des deux côtés sur la portion interne du triceps huméral et le biceps.

Les symptômes furent à la fois sensitifs et moteurs : une malade avait de l'anesthésie de la main, une extrême sensibilité au froid ; lorsqu'elle plongeait ses doigts dans l'eau, elle éprouvait une douleur violente qui remontait dans l'avant-bras.

L'homme atteint de myosite du deltoïde et du brachial aimait beaucoup à monter à cheval ; il était même très habile dans cet exercice. Le seul fait de tirer la bride provoquait chez lui une sensation terrible de fatigue suivie d'une douleur telle qu'il lui était impossible de continuer ; tout disparaissait aussitôt qu'il avait mis pied à terre ; un autre avait une douleur dans l'avant-bras et la main, avec impossibilité de dépasser l'horizontale dans le mouvement d'élévation du bras.

Comme on le voit, il y a eu des troubles sensitifs et moteurs : ces derniers ont consisté en phénomènes parétiques (affaiblissement, sensation de fatigue) ou spasmodiques, élévation du bras par saccades ; on pourrait à la rigueur parler de spasmes ou de crampes fonctionnelles à propos du malade auquel il devenait impossible de tenir la bride de son cheval. Nous allons voir des phénomènes de même ordre mais notablement plus prononcés dans nos observations du second groupe.

### Obs. CXXX

*Myosites symétriques limitées des deux deltoïdes ; troubles moteurs et sensitifs des doigts. — Massage. — Guérison.*

Mme Sn., 42 ans, souffre depuis plusieurs années de douleurs rhumatismales en différents points du corps, et surtout dans les deux bras. Ces douleurs ont laissé l'automne dernier une certaine faiblesse du côté droit. La malade peut bien lever ses deux bras à la hauteur ordinaire, mais elle le fait avec de sérieux efforts et par saccades ; chaque fois que les mains sont exposées au froid, surtout lorsqu'elle les plonge dans l'eau froide, elle éprouve un fourmillement qui part de l'extrémité des doigts, s'étend dans l'avant-bras. Les doigts deviennent blancs et insensibles, toutes leurs articulations se tuméfient, et la malade ne les fléchit que difficilement ; ne sentant plus bien les objets qu'elle prend, elle les laisse facilement tomber. Ces accidents ne durent qu'une demi-heure et laissent après eux une rigidité qui dure toute la journée.

Les médecins consultés ont tous déclaré que ces accidents étaient exclusivement nerveux. En examinant avec soin les deux bras, on trouve une induration du volume d'une petite noix dans l'épaisseur des deux deltoïdes non loin de leur attache inférieure, celle de droite est plus prononcée.

La pression à ce niveau produit une douleur violente qui s'irradie sur le trajet du nerf cubital, et produit un frémissement qui va jusqu'au bout des doigts et persiste une dizaine de minutes au moins.

Massage. Après trois semaines de ce traitement, la force du bras augmente ; en même temps, l'induration devient un peu moins ferme. Cette personne peut faire claquer ses doigts du côté gauche, et même du côté droit, bien qu'un peu plus difficilement ; les mouvements nécessaires pour cela étaient auparavant tout à fait impossibles. Le massage fut continué pendant 6 semaines, tous les jours. Ce traitement eut pour résultat de rendre la force aux deux bras et de faire disparaître les indurations, sauf à droite où il en reste encore une peu prononcée ; plus de symptômes subjectifs ; peut plonger ses mains dans l'eau froide sans accidents ; 3 ans après la fin du traitement la guérison s'était maintenue.

## Obs. CXXX

*Myosites deltoïdiennes. — Difficulté des mouvements de la main. — Massage. — Guérison.*

M. D... 34 ans, monte souvent à cheval, se plaint de ce que, depuis un an, il ne peut plus tenir la bride comme autrefois. Après 1/4 d'heure ou 1/2 heure, il a les bras, surtout le droit, tellement fatigués qu'il éprouve dans l'avant-bras une vive

douleur qui s'irradie vers l'épaule et l'oblige à lâcher les deux brides ; est obligé de se reposer pendant un certain temps pour pouvoir continuer sa promenade à cheval ; n'a jamais éprouvé dans le bras que quelques douleurs vagues auxquelles il a attaché peu d'attention. Douches froides, électricité sans résultat.

Le deltoïde droit présente une induration du volume d'une noisette ; une autre, plus petite et plus plate, se trouve près du bord droit du brachial antérieur ; à gauche, tuméfaction limitée non dure mais sensible à la pression, siégeant également près du bord droit du brachial antérieur.

Massage continué sans interruption tous les jours pendant 2 mois 1/2. Guérison.

## Obs. CXXXI

*Myosite du deltoïde droit. — Massage. — Guérison.*

Madame L... 51 ans. A commencé il y a 3 ans à ressentir des douleurs dans le côté gauche ainsi que dans l'épaule et le bras correspondants. La douleur, habituellement sourde, devenait par moments très vive ; elle se faisait sentir aux changements de temps et surtout quand il y avait du brouillard. A ce moment, elle prend le caractère névralgique et s'irradie sur toute la face antérieure du bras, parfois jusqu'à la main, la malade souffre moins pendant l'été. Depuis plus d'un an, elle ne souffre plus du côté gauche, mais le mal a toujours été en augmentant dans l'épaule et le bras de sorte que dans ces derniers temps, elle n'a pu faire son métier (elle est concierge).

Les différents médecins consultés ont parlé de rhumatisme, de goutte, etc. Elle a pris assez de médicaments pour devenir dyspeptique, pas assez pour être guérie. Bains sulfureux.

Frictions à la térébenthine. Pommade camphrée. Peut lever le bras jusqu'à l'horizontale, arrive avec le bout des doigts vers le bord postérieur de l'oreille, mais ne va pas plus loin. Ne peut se peigner. Il est possible d'imprimer au bras des mouvements passifs d'étendue normale, mais lorsqu'on approche de la limite physiologique, elle éprouve une vive douleur dans l'épaule. Ce bras est beaucoup moins fort que l'autre.

Induration musculaire occupant les 2|3 inférieurs du bord antérieur de la région deltoïdienne droite dans toute son épaisseur et dans une largeur de 2 cent. 1|2.

Lorsqu'on presse sur ce point, le malade accuse une violente douleur s'irradiant le long du nerf médian jusqu'aux extrémités des doigts. Atrophie légère de ce muscle, rien d'anormal dans l'articulation scapulo-humérale ni dans les autres articulations du membre supérieur.

*Massage.* — Après 3 mois, la malade se sert parfaitement de son bras et ne ressent plus la moindre douleur.

## Obs. CXXXII

### *Myosites du bras. — Massage. — Guérison.*

Monsieur K... 50 ans. S'adresse à moi au mois de mai 1886. Se plaint depuis plusieurs années d'une difficulté sérieuse pour lever le bras droit. Dans ces derniers temps, elle a augmenté à tel point qu'il lui était impossible de passer seul sa redingote. Les douleurs de la partie supérieure du bras qui sont parfois très vives se sont aggravées, irradiées de haut en bas jusqu'à la main ; il ne ressentait presque rien pendant l'été et le reste de la saison chaude. A l'arrivée des brouillards de l'automne il recommençait à souffrir surtout la nuit. A fait des cures à plusieurs stations thermales, particulièrement à Wilbad ; il

en a obtenu une amélioration passagère. Frictions à l'aide de divers liniments. Colchique à l'intérieur. Cautérisation transcurrente à fer rouge sans résultat.

Sur la face interne du bras et dans le triceps, on trouve au moins 4 indurations musculaires de consistance cartilagineuse, très sensibles à la pression. Elles étaient disposées en chaîne et leur volume variait de celui d'un petit pois à celui d'une noisette.

*Massage.* — Très douloureux au début, le malade qui est convaincu de son efficacité le supporte bien. Il est fait deux mois de suite avec une grande régularité. A ce moment, la guérison est complète ; le malade peut faire sans difficultés tous les mouvements du bras.

Depuis lors le résultat s'est intégralement maintenu.

Dans la première édition de notre ouvrage nous avions rangé parmi les maladies du système nerveux un certain nombre d'états morbides réunis d'habitude sous le nom générique de dyskinésies et qui n'ont pour caractère commun que l'impuissance fonctionnelle amenée par eux.

Il est probable que ces anomalies se sont produites de tout temps dans tous les actes exigeant des associations motrices un peu compliquées. Suétone raconte que l'index droit de l'empereur Auguste, devenait parfois spontanément contracté et rigide, comme s'il eût été frappé par le froid et qu'il cessait alors de pouvoir écrire [1]. C'est depuis 1830 seulement qu'on a étudié

1. *Vita C. Auguste*, LXXX.

méthodiquement ces états et tenté de remonter à leurs causes. La thérapeutique a bénéficié dans une certaine mesure des progrès réalisés. Brück[1] s'aperçut en 1831 qu'il se produit parfois pendant l'écriture des contractions spasmodiques la rendant impossible. Les années suivantes Greb[2] et Albers[3] firent la même remarque. « Cette affection disait Heyfelder en 1835, consiste en un tremblement convulsif des trois premiers doigts de la main droite qui fait dévier la plume sur le papier et dans un égarement volontaire de ces mêmes doigts qui les fait lâcher la plume. Hors de l'action d'écrire, ils jouissent de la même force, de la même adresse de la même sûreté et de la même promptitude de mouvements »[4].

On ne parlait que de l'écriture ; il semblait que le trouble fonctionnel en question se produisît exclusivement dans cet acte ; s'il en eût été ainsi, c'eût été un argument sérieux en faveur de l'origine centrale de la maladie ; car, même en réduisant le travail au strict nécessaire, même en envisageant l'écriture comme un acte machinal, presque automatique, elle exige encore une intervention plus active du sensorium que beaucoup d'autres actes à mouvements minutieux.

1. *Casper's Krit. Repertorium*, 1830 XXX, livre 2, p. 1.
2. *Salzb. med. chir. Zeit.* 1832.
3. *Med. Zeitung von Verein für Heilkunde in Preussen.* 1835.
4. *Ibid.*

La maladie fut décrite en France à peu près de la même manière et dans les mêmes conditions : Cazenave de Bordeaux parlait dans un mémoire sur ce sujet, publié dans la *Gazette médicale* de Paris en 1835, de quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à l'action d'écrire. Il n'est donc nullement extraordinaire qu'on ait dit dès le début crampe des écrivains et que ce nom soit resté malgré sa bizarrerie.

Des observations nombreuses montrèrent bientôt que les accidents spasmodiques ou paralytiques ne se produisaient point exclusivement pendant l'écriture, mais qu'ils étaient capables d'entraver sérieusement de nombreux actes exigeant la mise en activité simultanée de plusieurs muscles de la main, du bras, de l'avant-bras et de l'épaule.

On a décrit des dyskinésies professionnelles analogues à celle dont nous venons de parler chez les pianistes, les violonnistes, les ouvriers travaillant les métaux d'une manière un peu délicate : bijoutiers, ferblantiers, mécaniciens, zingueurs ; chez les télégraphistes, les photographes, les cigarières, les trayeuses de vaches etc.

On essaya bientôt de tout réunir sous un même nom et d'esquisser un tableau clinique s'appliquant à une maladie déterminée. Les auteurs l'ont appelée successivement graphospasme, mogigraphie, para-

lysie anapeiratique, dyskinésie professionnelle, contracture par abus fonctionnel, etc. Aucune de ces expressions n'a fait fortune et aujourd'hui comme en 1835 on dit de préférence crampe des écrivains. Cette dénomination semble indiquer qu'il existe nécessairement une contracture, ce qui est erroné ; que l'affection se rencontre exclusivement chez les écrivains, autre inexactitude ; mais il serait oiseux de réclamer un terme rationnel lorsque celui qu'on emploie est simple et que tout le monde le comprend.

On a été plus heureux dans la classification des symptômes. Duchenne de Boulogne, dont les idées sont encore à l'heure actuelle acceptées presque partout en France, admet une forme spasmodique et une forme paralytique ; Benedikt en ajoute une troisième, la forme trémulente.

A partir du moment où l'on a été à peu près d'accord sur la symptomatologie, les discussions et les recherches n'ont guère porté que sur deux points : 1° Sur la nature et l'origine de la maladie ; 2° Sur son traitement. C'est encore Duchenne de Boulogne que l'on trouve à la tête d'une des écoles existantes, à propos de la pathogénie.

La perte de la coordination des mouvements domine le tableau clinique ; comme l'avaient déjà remarqué fort justement Ch. Bell, Heyfelder et beau-

coup d'autres, il n'existe aucune anomalie en dehors de certains actes : une personne peut se servir de ses deux mains pour des exercices violents ou délicats sans le moindre trouble ; pour qui l'observe à ce moment, l'intégrité du système nerveux et du système musculaire ne prête à aucun doute. L'affection ne devient visible que dans un acte compliqué exigeant la mise en activité de muscles nombreux, d'inégal volume et d'importance inégale ; c'est à cause de cela que Duchenne regarde comme invraisemblable l'origine myogène du spasme : la conservation des mouvements en dehors des associations complexes, et la conservation de la contractilité électrique lui paraissaient devoir faire mettre les muscles hors de cause. Cet auteur a vu l'affection se produire des deux côtés successivement ; des sujets qui ne pouvaient plus écrire de la main droite à cause d'une contracture du rond pronateur et des muscles de l'éminence thénar, réussirent à écrire de la main gauche avec assez d'habileté ; au bout d'un certain temps, les ronds pronateurs gauches furent atteints de contracture spasmodique [1]. Duchenne admettait qu'il existait dans l'encéphale un centre de coordination pour les mouvements des mains. Les dyskinésies professionnelles correspondraient à ses altérations temporaires ou permanentes. Faire d'un trouble

1. *Electrisation localisée*, p. 1028.

aussi nettement limité que la crampe des écrivains une maladie du système nerveux d'origine centrale, c'était remonter bien haut. Cependant comme l'explication était commode et qu'on n'en avait pas de meilleure elle fut acceptée. On alla même plus loin que Duchenne quand on voulut fixer le siége du centre admis par lui et indiquer ses propriétés. Erb ne le nie pas, mais il admet un mécanisme différent de celui qu'a donné Duchenne. Les impressions motrices volontaires passeraient par des régions déterminées de la subtance grise qui prennent, par suite de l'habitude, une sorte de coefficient normal de conduction : si l'excitabilité de ces régions est augmentée, les impressions passent trop facilement, il se fait des contractures des muscles qu'elles doivent mettre en jeu. Si l'excitabilité est diminuée, on a de la fatigue, de la parésie et du spasme des antagonistes[1]. Pour Erlenmeyer l'existence de centres de coordination motrice n'est pas douteux ; elle explique même certains points obscurs de l'histoire des peuples de l'antiquité. Le centre de l'écriture se trouve dans l'hémisphère gauche du cerveau ; c'est grâce à cela qu'elle prend sa direction naturelle de gauche à droite. Les anciens Juifs, comme plusieurs autres peuples sémites contemporains, écrivaient de droite à gauche, de la main gauche et cela très probablement parce qu'ils étaient

1. *Ziemssen's Handb. d. allg. und spec. Pathol. und Therap.* Bd. XII.

gauchers du cerveau ! ! Nous n'avons point l'intention de passer en revue toutes les suppositions, toutes les déductions qui ont été greffées sur l'hypotèse principale. Qu'on plaçât l'origine de tout dans le cerveau, le bulbe ou le renflement cervical de la moelle épinière, la chose avait peu d'importance ; la crampe des écrivains restait une affection de système nerveux central et c'est de ce côté que devait s'être orientée la thérapeutique.

Haupt fut peut-être le premier qui, grâce à l'analyse soigneuse des faits, se plaça sur un autre terrain. Il publia 7 cas et conclut de leurs particularités : 1° que la paralysie est toujours primitive ; 2° que la contracture est toujours secondaire ; 3° que la maladie peut tenir à des affections des muscles de l'avant-bras et de la main intéressés dans l'acte d'écrire ; 4° que les interosseux et les muscles de l'éminence thénar sont atteints de préférence [1]. Il y avait dans ces assertions du vrai et du faux. Si l'on ne tenait compte que de la dernière on serait trop disposé à tout rejeter en bloc, car on trouve peut-être plus de gens atteints de crampe des écrivains chez lesquels la main est absolument intacte, qu'on n'en trouve chez lesquels elle est intéressée. Ce qui donne un certain poids aux doctrines de Haupt, c'est que beaucoup de ceux qui ont abordé l'étude analytique des faits sans

1. *Monographie ueber die schreibkrankheit*, 1860.

doctrine préconçue, sans a priori, sont arrivés à des conclusions à peu près semblables aux siennes. Un mémoire de M. Poore a pour base les observations de 25 malades qui lui avaient été adressés par différents confrères avec le dignostic crampe des écrivains ; il n'était exact que 31 fois. L'auteur ne voulut pas voir dans ces 31 cas autant de conséquences d'une affection centrale du système nerveux. Il a pris corps à corps les hypotèses de Duchenne de Boulogne, d'Erb, de Rosenthal et mis en évidence les invraisemblances qu'elles comportent. Sa conclusion, c'est que, de tout ce que l'on a dit sur la nature et la pathogénie de la crampe des écrivains, il n'y a rien de prouvé. M. Poore étudiait pourtant la maladie pour la traiter et si profond que soit le scepticisme, on n'arrive guère à une thérapeutique sans doctrine. Notre auteur en avait une, il admettait que la dyskinésie est d'origine musculaire ; que c'est une sorte de fatigue chronique [1]. Cette hypotèse n'était pas plus solide que les autres ; il n'est si pire fatigue dont le repos n'ait raison et des mois de repos ne font pas cesser la crampe des écrivains.

En abandonnant, comme Haupt, le système nerveux pour les muscles. Poore avait indiqué une voie nouvelle.

1. *An analysis of 75 cas of Writer's cramp and impaired writing power*. Medico-chirurgical Transactions, t. LXI.

Dès 1873, le professeur Rossander de Stockholm s'y engageait résolument. Sans mettre complètement le système nerveux hors de cause, il admettait qu'il faut compter avec les altérations secondaires et remonter au processus originel par une observation attentive de ces altérations, plutôt que par des observations précoces. Elles pourront même prendre la première place. On trouvera peut-être que, comme les grands fleuves qui naissent de sources insignifiantes, le cortège symptomatique ultime qui conduit jusqu'à la substance grise médullaire a pour origine un *petit muscle de la main d'une utilité secondaire*. Il est vraisemblable qu'on ne trouve pas la même lésion dans tous les cas parce que tous les muscles de la main prennent plus ou moins part à l'acte compliqué qui constitue l'écriture. Des réserves de même ordre avaient été faites par les névrologistes eux-mêmes. Erb, par exemple, admet que des lésions des muscles de la main et même de l'avant-bras ont pu dans certains cas donner lieu à des dyskinésies.

On était aussi loin de l'unanimité à propos du traitement. Dieffenbach, Stromeyer, Langenbeck avaient fait des ténotomies ; les malades n'avaient pas mieux écrit. Les courants faradiques avaient échoué entre les mains de Duchenne de Boulogne. Berger et Eulenburg avaient essayé sans mieux réussir les courants galvaniques ; on en était arrivé

à chercher des appareils prothétiques qui permissent d'écrire. En 1881, Zuber déclarait que le traitement mécanique était une pure plaisanterie et il n'en connaissait pas de beaucoup plus effectif. « Le premier moyen à employer, disait-il, est le repos le plus complet de la main surmenée par le travail. Si la position du malade le permet, on le sortira entièrement de ses occupations, et on lui conseillera les distractions, les voyages etc. Dans le cas contraire il faudra qu'il apprenne à écrire de la main gauche et avec de la prudence, il pourra éviter l'atteinte secondaire de cette main ». Les procédés n'étaient pas assez nombreux pour qu'on pût être embarrassé pour le choix, une dyskinésie empêche quelqu'un d'écrire, qu'il reste en repos ! Elle ne lui permet plus d'exercer son métier, s'il est pianiste, horloger, bijoutier etc., : qu'il en change ! voilà à quoi se résumait la thérapeutique. Il est facile de comprendre que toute médication ayant donné un succès fut reçue avec bienveillance, presque avec enthousiasme. Zuber avait parlé de frictions, de massages isolés ou combinés à des injections médicamenteuses, du procédé de Cederschjöld qui consistait à irriter mécaniquement avec les doigts les troncs nerveux ; tous ces moyens avaient donné des succès. Zuber n'insista peut-être pas suffisamment sur eux ; il eut le tort de ne voir dans Cederschjöld qu'un

précurseur des partisans de l'élongation chirurgicale des nerfs.

On avait pourtant réussi avec les frictions faites d'une façon tout empirique. Meding avait guéri des crampes des écrivains par le massage. Gottlieb qui regardait la maladie comme une cellulite chronique diffuse avait publié dès 1875, l'observation suivante [1]:

## Obs. CXXXIII

*Crampe des écrivains. — Massage. — Guérison.*

Mme K., 52 ans, vue pour la première fois le 17 août 1874, avait toujours été bien portante jusqu'en 1863. A ce moment, elle se met à laver son linge et s'expose au froid ; en même temps, elle écrit parfois neuf heures dans la journée. Deux ans plus tard, elle cesse de pouvoir écrire; la plume lui tombe de la main ; ses tentatives pour reprendre son travail restent sans résultat.

Depuis lors, l'index droit lui a constamment refusé tout service pour écrire ou accomplir des travaux analogues, le médius a été pris à son tour; comme le pouce remplit toujours son rôle, elle écrit avec lui et les deux derniers doigts de la main. Pas de douleurs, mais des fourmillements sur le dos de la main et dans les doigts intéressés.

Par suite des tentatives pour se servir de la main gauche, celle-ci s'est prise à son tour mais à un moindre degré ; un peu de gonflement œdémateux des deux extrémités supérieures. Le tissu cellulaire est infiltré dans les deux premiers espaces mé-

1. Meddelelser om massage. *Ugeskr. for Laeger.* 3 R. XVIII, nº 30, p. 470.

tacarpiens et tous les interstices musculaires. Sensibilité à la pression ; cet état est marqué surtout à droite. De ce côté la sensibilité est très diminuée dans le deuxième et le troisième doigt. Plus de sensations douloureuses; on peut pincer et piquer la malade sans qu'elle accuse rien. L'index et le médius ne peuvent servir à tenir le porte-plume, ou un autre objet un peu gros. Massage.

1er octobre 1874. L'infiltration a complétement disparu. La malade peut se servir du bras et de la main ; elle peut écrire pendant douze heures avec les doigts intéressés ; la sensibilité est revenue. En tout, trente-sept séances. La guérison s'est maintenue.

A ce fait nous pouvons ajouter celui de M. Rossander. Il attribue toutes les formes de dyskinésie professionnelle, quelle que soit leur origine, à un état parétique de certains muscles ou de certains groupes musculaires. Au point de vue du traitement, son observation est peut-être moins concluante encore que celle de Gottlieb, car, en même temps qu'il pratiquait le massage, il fit des injections sous cutanées de strychnine. Si nous citons ces faits, c'est pour montrer par quelle gradation on en est arrivé à ne plus voir exclusivement dans la crampe des écrivains une affection du système nerveux et à donner aux muscles plus d'importance qu'on ne leur en avait d'abord accordé. A partir du moment où cette notion fut acquise l'application d'une thérapeutique topique et rationnelle devint imminente.

## Obs. CXXXIV (Rossander)[1]

*Crampe des écrivains. — Massage. — Injections sous-cutanées de strychnine. — Guérison.*

Le 28 avril 1883, un homme de 32 ans consulte le professeur Rossander pour une crampe des écrivains Grand et fort ; a toujours joui d'une excellente santé ; aurait ressenti trois ans auparavant les premières atteintes de la maladie. Il était obligé par métier de beaucoup écrire, et à un certain moment, il commença d'éprouver quelque difficulté ; au début, un peu de faiblesse dans la main, suivie quelque temps après d'une complète impuissance. Il pouvait tenir sa plume, la placer sur le papier et la faire mouvoir de bas en haut; mais lorsqu'il voulait joindre une lettre à une autre et déplacer la main dans le sens du bord cubital, elle se refusait à ce mouvement et se déplaçait vers le haut, de sorte que les mouvements combinés nécessaires pour l'écriture étaient remplacés par une sorte d'agitation, rejetant la main en l'air. Depuis deux ans, il a cessé de pouvoir écrire; impossible de provoquer aucune espèce de douleur. La main et le bras avaient leur force normale, il pouvait se servir de la main comme à l'ordinaire ; tous les mouvements paraissaient normaux. Il pouvait prendre la plume, la placer sur le papier sans difficulté, mais dans les tentatives pour former les lettres, surtout lorsqu'il y en avait plusieurs à la suite, la crampe survenait ; impossible de tracer un cercle. Auparavant, il avait essayé de tenir complètement l'avant-bras en l'air, et de faire tous les mouvements avec l'articulation de l'épaule, mais bientôt, cela

1. Ett Fall af Skrifvarekramp, botad med massage och Strykmininjektioner. *Hygiea* Juli, 1873, p. 397.

lui était devenu complètement impossible; le malade était obligé de gagner sa vie par son travail.

Le traitement consista en massage deux fois le jour; les muscles des éminences thénar et hypoténar, les interosseux, les lombricaux furent frictionnés les uns après les autres. En même temps, on percuta avec un cylindre de bois les muscles du pouce, du petit doigt, ceux de l'avant-bras. Les muscles de l'éminence thénar se contractaient au commencement du traitement, lorsqu'on les frappait, pas très fort toutefois, mais il n'y avait aucune contraction du muscle abducteur du petit doigt; plus tard, les contractions devinrent plus marquées. Ces muscles répondaient mieux, comme le dit le malade lui-même. En outre, on fit chaque jour des injections de dix à douze gouttes d'une solution de strychnine au 100e. Tous les trois jours interruption. Le malade s'est plaint du mal de tête à plusieurs reprises: les injections sont faites du côté cubital de l'avant-bras, le plus souvent en avant. Le malade commence au bout de huit jours à éprouver une amélioration. Celle-ci continue, on permet au malade de s'exercer à écrire plusieurs heures après la fin du traitement. Après 4 semaines il paraissait rétabli.

Nous avons vu combien attachaient peu d'importance à ces faits ceux qui les connaissaient. Un article du Dr Romain Vigouroux attira l'attention sur une méthode mieux comprise et plus complète que toutes celles dont on avait parlé. Dans sa première communication sur ce sujet, il rappela que deux malades de M. Charcot traités par un maître d'écriture de Francfort-sur-le-Mein, M. Wolff, avaient

été guéris [1]. Ce travail fut suivi d'une revendication presque immédiate du Dr E. Schott ; celui-ci déclara que le procédé appliqué appartenait à son frère Augustin Schott et à lui-même ; que Wolff l'avait appris d'eux. Il comprend la gymnastique et le massage.

La gymnastique consiste : 1° en mouvements passifs que le malade exécute : 2° en mouvements actifs qu'une autre personne arrête. Le massage porte : 1° sur les nerfs : 2° sur les muscles.

J'ai appliqué intégralement la méthode de Schott dans les premiers cas que j'ai traités et j'en ai obtenu des résultats satisfaisants.

Nous avons vu comment on était arrivé successivement de l'étude clinique purement empirique de la crampe des écrivains et des dyskinésies de même ordre à différentes conceptions sur la pathogénie ; comment on s'était occupé en dernier lieu du système musculaire laissé au second plan au début tant qu'on avait cru avoir affaire à une affection du système nerveux central ; comment on avait institué d'une façon tout empirique des médications mécaniques qui avaient réussi dans un nombre de cas suffisant pour qu'elles pussent éveiller sérieusement l'attention. Je vais maintenant montrer comment je suis arrivé à une idée

1. *Progrès médical*, 1882, n° 3.

2. *Deutsche medizinal Zeitung*, 1882, 2 mars 1882, p. 97.

plus précises; comment j'ai été conduit à rapprocher des accidents observés dans la sphère des mouvements, d'autres accidents observés dans la sphère de la sensibilité; à établir une sorte d'analogie entre la crampe des écrivains et les affections douloureuses de la tête.

Mon attention fut attirée par un phénomène que j'observai d'abord sur moi-même. Le massage des foyers d'induration musculaire un peu sérieux exige un exercice continu et un jeu forcé des muscles de l'éminence thénar. La fatigue arrive vite pour les masseurs qui débutent ; l'entraînement, qui permet de faire de longues séances, ne s'acquiert que par une longue pratique. Il y a quelques années, la fatigue s'accusait chez moi par des phénomènes rappelant singulièrement ceux de la crampe des écrivains. Lorsqu'après une séance prolongée je voulais écrire j'étais sûr d'en être empêché par des tremblements du pouce et de l'index ressemblant à ceux que Benedikt a rattachés à la forme trémulente de la crampe. En même temps j'avais de la tuméfaction et de la douleur au niveau de l'éminence thénar et sur le trajet du long fléchisseur du pouce. Quand, au contraire, j'avais fait du massage avec toute la main, je n'éprouvais rien de semblable si longue qu'eût été la séance. Le tremblement durait un quart d'heure ou même davantage et disparaissait.

Plus tard l'accoutumance s'est faite et je n'ai plus éprouvé rien de semblable.

Un exercice musculaire exagéré peut donc produire une agraphie spasmodique temporaire ; cette crampe accompagne un processus irritatif du côté des muscles en jeu. Reste à savoir s'il ne se passe pas quelque chose de semblable dans les cas spontanés en apparence et si, au lieu d'une tuméfaction et d'une douleur accidentelles, il n'y aurait pas sur le trajet d'un ou plusieurs muscles des foyers de myosite chronique susceptibles de s'étendre et de se comporter comme ceux que nous avons vus à la nuque et au cou. Cette supposition n'était point en désaccord avec les faits ; nous avons vu que Zuber a signalé après Duchenne de Boulogne la possibilité d'accidents symétriques à différents degrés, assez prononcés pour que, lorsque les malades se sont habitués à écrire de la main gauche, ils soient encore arrêtés par des crampes de ce côté. Au mois d'octobre 1885, j'eus l'occasion d'observer un fait propre à confirmer les idées que j'avais sur ce point. La malade, une dame anglaise, professeur de piano, présentait la forme paralytique de la dyskinésie. Cette affection remontait à 5 ans ; elle avait été traitée par la plupart des névrologistes de l'Europe ; un compatriote de cette personne avait parlé de neurasthénie ; des courants continus furent appliqués plusieurs mois

sans succès. Lorsqu'elle s'adressa à moi, j'avais déjà traité plusieurs malades par la méthode de Schott, je résolus d'examiner avec plus de soin que je ne l'avais fait jusqu'alors la musculature de l'avant-bras et de la main ; de voir si je ne rencontrerais point quelques foyers de myosite.

J'en trouvai 14 dans les bras, les avant-bras, les mains; ceux de droite étaient en général plus gros et plus durs que ceux de gauche. Il y en avait sur le brachial antérieur, sur les long et court supinateur, sur le long fléchisseur du pouce ; les interosseux dorsaux et palmaires étaient tuméfiés et douloureux à la pression ; on trouvait des indurations jusque dans l'épaisseur des grands pectoraux des deux côtés. C'était un excellent cas pour la recherche et l'examen : il était beaucoup moins avantageux pour le traitement; les désordres remontaient à cinq ans; ils présentaient une telle étendue que pour les faire disparaître, il fallut une rare persévérance de la part du praticien et de la malade. En revanche si nous réussissions à remettre le système musculaire et les articulations dans leur état normal (il y avait un peu d'épanchement dans celles du pouce avec le métacarpe) nous serions dans d'excellentes conditions pour discuter les rapports de la dyskinésie et de la lésion objective ; si la première était guérie après la disparition de la seconde, il y avait de sérieuses raisons de

croire que c'était un accident consécutif et que la myosite était l'origine de tout. Pendant plus de 2 mois, je fis des séances quotidiennes d'une demi-heure m'acharnant pour ainsi dire après chaque foyer. Au bout de ce temps il ne restait rien ; l'examen le plus minutieux des régions précédemment intéressées ne décelait plus la moindre induration. Depuis quatre semaines environ, la malade pouvait jouer du piano assez longtemps sans crampes ; à la fin du traitement elle écrivait sans spasmes, sans fatigue, ni tremblements, aussi longtemps qu'elle le voulait. (Avant le traitement, les crampes se produisaient pendant l'écriture aussi bien que pendant l'exercice du clavier.)

Il m'était donc démontré que des foyers disséminés ou symétriques de myosite chronique de la main, du bras et de l'avant-bras, pouvaient s'accompagner du syndrôme classique appelé par les auteurs crampe des écrivains, des pianistes, etc. ; que quand on a guéri la myosite, la dyskinésie disparaît. Cette constatation me permit de me rendre compte d'un succès complet que j'avais obtenu l'année précédente en appliquant intégralement la méthode de Schott.

Je ne veux cependant pas déclarer que toutes les crampes des écrivains sont consécutives à des myosites chroniques ; qu'on les guérit toutes par le massage. Il y en a dans lesquelles on ne trouve pas d'induration malgré tout le soin qu'on apporte dans la

recherche ; il y en a qu'on ne guérit pas en massant les foyers découverts. Outre le malade dont j'ai parlé j'en ai complétement traité 7 autres dans ma clientèle parmi lesquels un avait des crampes en écrivant et en jouant du piano. Cela fait 8 cas en tout ; 6 fois, j'ai trouvé des indurations musculaires ; deux fois je n'ai rien rencontré. Dans ces deux derniers cas, j'ai fait à tout hasard un massage général du bras ; chez un malade les séances furent quotidiennes et durèrent 6 semaines ; j'obtins une amélioration légère qui dura quelques mois ; je n'ai rien eu chez le second. Je ne crois donc pas que l'on puisse attendre grand chose du massage lorsqu'il n'existe rien de tangible dans les muscles.

On a des insuccès même dans les cas semblant les plus favorables. Au mois de novembre 1888 j'ai massé un ancien notaire de Paris, atteint depuis 20 ans d'une crampe des écrivains ; elle était telle que depuis quelques années il se servait exclusivement pour écrire d'une machine américaine : Foyers de myosite dans plusieurs muscles du bras, dans le grand pectoral et l'épaule ; épanchement dans la gaîne du long fléchisseur du pouce, au-dessous des muscles de l'éminence thénar ; tuméfaction des interosseux dorsaux et des lombricaux. Massage durant trois mois sans interruption ; les indurations ont disparu ; le bras est beaucoup plus fort qu'auparavant ; les douleurs

dont il se plaignait lorsque je le vis pour la première fois n'existent plus ; mais la dyskinésie persiste. Chez un autre malade obligé par métier d'écrire, je trouve des myosites de l'avant-bras, du bras et de la main. Massage pendant 7 semaines, résultat peu encourageant. Je m'expliquai cette fois mon insuccès relatif : La crampe datait de 3 ans ; le malade qui était nerveux et agité à l'extrême ne put s'astreindre à un repos absolu parce qu'il était obligé de travailler pour faire vivre sa famille. Je n'ai noté que 3 fois chez mes malades un état nerveux qu'on pût appeler nervosisme. Deux étaient des écrivains de profession, nerveux avant la dyskinésie ; ils l'étaient devenus beaucoup plus à partir du jour où elle s'était développée ; l'anxiété morale produite par la perspective d'une infirmité qui les empêcherait de travailler avait contribué pour beaucoup à la production de leur état. Il aggrave toujours le pronostic à cause de l'extrême irritabilité réflexe qui l'accompagne. Nous allons voir maintenant quatre observations, dans lesquelles l'application du massage a été suivie d'un succès complet :

Obs. CXXXV

*Myosites multipes du bras et de l'avant-bras. — Crampe des écrivains. — Massage. — Guérison.*

Monsieur M..., 36 ans, homme d'affaires, est atteint depuis 3 ans de la crampe des écrivains, cette affection s'est développée graduellement ; elle aurait notablement augmenté à

la suite d'une violente excitation nerveuse qu'il éprouva il y a quelques années et par suite de laquelle il lui fut pendant un certain temps impossible de s'occuper de ses affaires. Il écrivait vite et bien, aujourd'hui il est obligé d'avoir recours à une machine américaine. Ne peut plus jouer du piano ni faire d'escrime. Lorsqu'il a tenu un fleuret 5 minutes, cette arme lui échappe. Cure par l'électricité continuée pendant 4 mois 1/2 ; puis hydrotérapie. Excitation générale diminuée, mais les accidents locaux persistent. Injections de strychnine dans le bras sans effet. Le malade peut assez facilement écrire pendant 3 à 4 minutes, mais il ne tarde pas à éprouver une pénible sensation de fatigue dans les articulations de la main. La plume oscille dans le sens de la flexion et de la supination, mouvements involontaires de flexion au niveau de l'articulation radio-carpienne. Contractions cloniques du rond pronateur, distinctement visibles à la surface du bras ; contractions fibrillaires du grand pectoral. L'écriture est difficile à déchiffrer ; si le malade a écrit un certain temps, elle est absolument illisible. L'adducteur et le court fléchisseur du pouce sont sensibles à la pression ; la sensibilité est surtout prononcée au voisinage de l'articulation carpo-métacarpienne correspondante, les muscles sont le siége d'une certaine résistance. Les deux premiers interosseux dorsaux sont tuméfiés et sensibles à la pression dans toute leur longueur. Sur le trajet du grand palmaire, induration marquée, grosse comme une petite amande ; il y en a une autre sur le trajet de l'extenseur commun qui présente la consistance d'une corde assez dure.

Le long supinateur, le radial antérieur, l'extenseur commun des doigts sont sensibles à la pression et présentent des indurations plus ou moins étendues. Induration au niveau de

l'attache humérale du deltoïde ; au niveau de celle du grand pectoral, douleur très-vive à la pression.

Massage. — Plus de foyers de myosite; après deux mois de traitement, le malade peut écrire aussi longtemps qu'il le veut et se livrer à tous les exercices qui lui étaient devenus impossibles. J'ai eu de ses nouvelles par un de ses amis quatre mois plus tard, la guérison s'était maintenue.

### Obs. CXXXVI

*Myosites dans différents muscles des membres supérieurs, chez un violoniste. — Difficulté considérable pour jouer du violon. — Massage. — Guérison.*

M. T., 44 ans, violoniste, souffre depuis 18 ans de douleurs vagues dans les deux bras. Bains thermo-résineux, saisons à Aix, sans résultat. Cet homme, qui est un véritable artiste, est affecté par son état surtout parce que depuis plusieurs années il ne peut pas se servir du violon comme auparavant ; à mesure qu'on avance, la difficulté s'accroît. Cette difficulté consiste en une fatigue qui se produit dans la main qui tient l'archet, s'accompagne très vite d'une trémulation pénible du pouce, de l'index, du médius ; le son est faux, les notes sortent mal car les doigts de la main gauche ne peuvent plus toucher les cordes avec précision. Il a consulté plusieurs médecins éminents qui n'ont pas trouvé de causes locales, ils lui ont prescrit simplement des frictions avec un liniment au chloroforme et au laudanum ; elles n'ont amené aucune amélioration. Pendant 5 semaines traitement par l'électricité, pas de résultat ; sous l'influence de la préoccupation que lui cause son état, il s'est développé une certaine excitation psychique qui ne fait que s'aggraver, avec insomnies, agitation

constante, etc. Lors de ma première visite, voici ce que je constate :

*Membre supérieur droit.* — 1er et 2e interosseux dorsaux tuméfiés surtout le dernier très sensibles à la pression. Léger épanchement dans la première articulation intermétacarpienne. Rien dans les lombricaux.

Tuméfaction au niveau de l'opposant du pouce ; à la palpation, il semble un peu plus résistant qu'à l'état normal. A la face dorsale, léger épanchement dans la gaîne du tendon du long extenseur du pouce, on peut le suivre jusqu'au niveau de l'articulation supérieure du métacarpien correspondant. Induration marquée près de l'attache condylienne du long supinateur. Un peu d'épanchement dans l'articulation acromio-claviculaire qui est très sensible au toucher.

*Membre supérieur gauche.* — Indurations à la face interne du bras, au niveau de l'attache inférieure du deltoïde, sur le bord postérieur de ce muscle. Tuméfaction et endolorissement à la pression sur tout le bord supérieur du trapèze.

*Massage.* — Au bout de 15 jours, amélioration manifeste ; le traitement est interrompu à cause de mon départ de Ragatz pour Paris. Le malade déclare qu'il a la main plus vigoureuse et plus agile. Le traitement est repris au mois d'octobre ; après 6 semaines, les foyers d'induration, les petits épanhements ont disparu ; le malade a repris sa dexterité d'autrefois.

Au mois d'avril dernier la guérison s'était maintenue.

## Obs. CXXXVII

*Induration dans l'épaisseur du fléchisseur superficiel des doigts, — Impossibilité pour la malade de jouer longtemps du piano. — Massage. — Guérison.*

Mme... 30 ans, pianiste, éprouve depuis l'année dernière, une violente fatigue lorsqu'elle a été quelque temps au piano. Cette fatigue, qui commence à l'extrémité des doigts, s'irradie peu à peu vers la main, vers l'avant-bras, enfin, le bras et l'épaule. Mieux pendant l'été. Pas de douleurs rhumatoïdes dans aucune région. Lorsque la sensation de fatigue apparaît et qu'elle veut continuer à jouer, cette sensation fait place à une véritable douleur avec tiraillements qui parcourt tout le bras. Elle a été à la longue obligée de renoncer complétement au piano. Electricité sans résultat.

On trouve à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen du fléchisseur superficiel des doigts une induration du volume et de la forme d'une amande. Cette induration est très résistante. Ce n'est qu'en exerçant une pression un peu forte à ce niveau qu'on réussit à provoquer de la douleur ; cette douleur est absolument semblable à celle que la malade éprouve lorsqu'elle persiste à toucher du piano malgré la fatigue ; elle s'irradie de haut en bas dans les doigts.

Le massage exercé pendant six semaines d'une façon journalière finit par avoir raison de tout ; le bras a repris sa force et la malade peut jouer longtemps sans fatigue ni douleur. J'ai eu l'occasion de la revoir peu de temps après, l'amélioration s'était maintenue et il ne restait plus de traces de l'induration musculaire.

## Obs. CXXXVIII

*Myosites multiples et symétriques de l'avant-bras et de la main. — Impossibilité de jouer du piano par suite de crampes musculaires. — Massage. — Guérison.*

M. L., 38 ans, de nationalité russe, s'adresse à moi au mois de février 1888 ; cet homme est robuste et bien constitué, il n'a jamais eu ni accidents nerveux, ni manifestations rhumatismales, pas même des douleurs dans les muscles. Ce malade, qui est un pianiste très habile, a éprouvé en jouant, il y a 8 ans un peu de fatigue dans le bras gauche; depuis lors le bras droit s'est pris ; la gêne s'est peu à peu accentuée et elle est devenue presque insupportable, il y a deux ou trois ans. Lorsqu'il a joué 8 à 10 minutes, les doigts se mettent à trembler et il est obligé de cesser. Se fatigue vite, surtout lorsqu'il veut attaquer un morceau dans lequel la mesure est par moments un peu accélérée. Lorsqu'il en prend un dans lequel l'expression exige des trémolos il est obligé de s'arrêter en moins de cinq minutes ; la même chose se produit dans les gammes. A ce moment, il éprouve une pénible sensation de fatigue dans l'avant-bras gauche accompagnée de chaleur vers son bord radial. A la partie moyenne, gonflement temporaire; la même chose arrive au niveau des éminences thénar des deux côtés. Pour se remettre à jouer, il est obligé de se reposer une demi heure au moins. S'il reprend plus tôt, la crampe reparaît.

En examinant, je trouve sur le trajet du long supinateur gauche un foyer de myosite du volume d'une noisette, dur, craquant sous la pression, très sensible. C'est à ce niveau que se produit la tuméfaction lorsque le malade joue. Du côté droit, se trouve une autre induration plus volumineuse que la première siégeant dans le fléchisseur superficiel près de son attache

supérieure. Les opposants du pouce des deux côtés sont également sensibles à la pression, surtout à gauche.

Massage. Une séance par jour ; au bout de 2 mois ; le malade est absolument guéri. Il peut jouer le même temps, avec la même célérité qu'auparavant. Six mois plus tard, j'ai eu de ses nouvelles, il n'y avait pas eu de récidive.

Dans les cas qu'on vient de lire et dans ceux auxquels j'ai fait allusion, il n'y a eu qu'une seule récidive, après 4 mois : A ce moment je trouvai quelques tuméfactions rénitentes, j'en eu raison en 21 jours par le massage. Il ne faut jurer de rien tant que le traitement n'est pas fini : on a fait 20, 25, 40 séances, le malade allant mieux croit la partie gagnée et ne revient plus. C'est fâcheux à tous points de vue ; souvent un retour offensif des accidents montre que tout était loin d'être fini. Les résultats sont parfois dans ces conditions beaucoup meilleurs qu'on n'oserait l'espérer. Je traitai en 1887 une dame qui avait des myosites de plusieurs muscles du bras, de l'avant-bras et une téno-synovite de la gaîne du long fléchisseur du pouce à son passage au dessous de l'éminence thénar. La dyskinésie était tellement prononcée que tous les mouvements un peu délicats de la main provoquaient la crampe, cette personne ne pouvait ni écrire, ni coudre, ni tricoter. Le traitement fut abandonné au bout de 5 semaines parce que je fus obligé de partir pour Ragatz. La malade allait très

bien et elle pouvait s'appliquer sans accidents aux travaux indiqués. Je la vis de nouveau vers la fin de l'année ; l'amélioration n'avait fait que s'accuser, et il lui parut inutile de reprendre le traitement.

Je ne suis qu'à moitié surpris de la tendance aux récidives constatée surtout lorsque la cure n'a pas été terminée ; les myosites du membre supérieur qui donnent lieu aux crampes motrices me paraissent reposer sur un substratum rhumatismal. Comme les lésions du même ordre, elles sont presque toujours multiples et symétriques ; j'ai trouvé en même temps des myosites du cou, du tronc, des bras ; j'ai trouvé d'autres accidents que presque tous les auteurs attribuent au rhumatisme chronique ; par exemple, des épanchements dans les synoviales musculaires, des arthrites dans les articulations carpo-métacarpiennes, métacarpo-phalangiennes. Les médications générales employées d'habitude contre le rhumatisme chronique et en particulier les cures thermales, sont alors d'une très grande utilité.

Dans mes observations les malades présentaient la forme trémulente à un degré plus ou moins prononcé ; la même méthode est applicable dans toutes les autres formes.

Les manipulations nécessaires sont l'effleurage, les frictions et le tapotement. Je ne reviens pas sur le but que vise chacune d'elles ; je parlerai un peu

plus loin des indications générales dans les indurations musculaires de n'importe quel siège ; j'ai du reste donné des détails précis sur le modus faciendi dans mon dernier travail sur le traitement des affections douloureuses de la tête.

D. MEMBRE INFÉRIEUR.

Ressemblances des accidents produits quelquefois par les myosites de la région fessière avec la sciatique.

Parmi les 8 observations que nous donnons, 3 sont relatives à la région fessière, 2 à la jambe et une à la région plantaire.

Les malades atteints des myosites des muscles fessiers m'avaient été adressés avec le diagnostic sciatique parce qu'ils se plaignaient des douleurs dans tout le membre inférieur plus accusées au moment des changements de temps, présentant parfois des paroxysmes très violents.

Tous avaient une atrophie marquée des muscles de la fesse, de la cuisse et de la jambe et marchaient difficilement ; chez l'un d'eux, la jambe était fléchie légèrement sur la cuisse, il y avait de la contracture en même temps que de l'atrophie :

Un d'eux avait une sciatique vraie avec points douloureux à l'endroit où le nerf émerge du bassin et près de la tête du péroné. Les myosites de la cuisse siégeaient presque toujours dans le triceps

assez près du genou : elles étaient accompagnées de vives douleurs.

### Obs. CXXXIX

*Myosite chronique des muscles de la fesse, foyers d'induration correspondant au corps charnu du moyen fessier, aux insertions de ce muscle et du grand fessier. — Atrophie des masses musculaires de la fesse. — Massage. — Guérison.*

M. T..., des Etats-Unis ; ce malade d'une assez forte corpulence m'est adressé au mois d'octobre 1887 par un médecin de New-York pour une sciatique de la jambe gauche dont il souffre depuis 1 an environ. En 1883 lors d'une traversée faite par un temps humide et froid, il fut pris d'une douleur violente ayant son maximum dans la fesse gauche et s'irradiant le long de la jambe jusqu'aux orteils. Le diagnostic porté par le médecin du bord fut sciatique. Injections de morphine, malgré lesquelles les coups de roulis provoquaient des douleurs épouvantables. Est obligé de garder le lit à son arrivée à New-York. Traitements divers, parmi lesquels pointes de feu. Guérison après 14 jours. Rien pendant l'été sauf des douleurs vagues dans la fesse correspondant aux changements de temps. — Recrudescence de ces douleurs à l'approche de l'automne. Fatigue exagérée après toute marche un peu longue ; nouveau soulagement à l'été de 1886 ; vers la fin de l'année la douleur s'étend de nouveau le long de la jambe ; elle est sourde et présente rarement des élancements ; ne souffre pas s'il ne se fatigue pas. Revient en Europe. Traitement à Luchon. Lorsque je vois ce malade pour la première fois, il se plaint de souffrir aux changements de temps et lorsqu'il se fatigue. Résistances en d'autres temps.

La fesse gauche est atrophiée et flasque ; le pli fessier est

presque effacé, au niveau de l'attache du muscle grand fessier au grand trochanter, induration du volume d'un œuf de pigeon, de résistance moyenne. Dans le corps du moyen fessier, on en trouve une autre plus récente qui présente une dureté presque cartilagineuse ; une troisième assez dure elle-même, grosse comme une noisette correspond à l'attache supérieur de ce muscle. Pas de douleurs à la pression sur le trajet du sciatique sauf à sa sortie du bassin; encore, cette douleur est-elle faible et sans comparaison avec celles que ressent spontanément le malade.

*Massage* des muscles atrophiés, beaucoup plus énergique au niveau des indurations; mouvements actifs auxquels on oppose de la résistance. Traitement bien supporté ; après 5 semaines, amélioration notable. Peut marcher longtemps sans se fatiguer; les intermittences deviennent plus longues et plus fréquentes. L'amélioration s'accuse de plus en plus. Complétement guéri, il peut cesser le traitement vers le nouvel an. Les indurations musculaires ont à peu près disparu. Celle qui était la plus rapprochée de l'attache trochantérienne du moyen fessier n'existe plus depuis trois semaines. Plus d'atrophie. Des nouvelles que j'ai eues au mois de février 1889 m'ont appris que la guérison s'est maintenue.

(Il y avait des douleurs sur le trajet du sciatique, mais pas de sciatique proprement dit; ces douleurs résultaient de l'irritation produite par des myosites de voisinage.)

### Obs. CXL

*Myosite rhumatismale du moyen fessier. — Induration étendue. — Troubles fonctionnels graves. — Massage. — Guérison.*

M. L. M., 23 ans, appartient à une famille de rhumati-

sants. Après avoir pris froid il y a 5 ans, il éprouva des sensations douloureuses mal définies au voisinage de la hanche droite. Elles augmentèrent pendant quelque temps, sans pourtant devenir assez intenses pour créer une gêne dans la marche, le malade ne s'en préoccupait pas. Fait en 1886 une cure aux thermes de Wilbad. Pendant quelques mois il ne sent plus son mal. Au commencement de 1887, éprouve une violente fatigue à la suite d'une marche qu'il avait pu faire jusque-là sans inconvénient; il n'y fait pas attention, mais ayant continué à marcher, il éprouve une douleur sourde, contusive, qui a son maximum dans la fesse au voisinage de la hanche; de là, elle s'irradie le long de la jambe.

Elle cesse par le repos, mais reparaît à la moindre fatigue. Il ne peut plus courir sans la provoquer; le jeu du lawn-tennis auquel il était très habile, est devenu absolument impraticable pour lui. Depuis l'année dernière contracture et incurvation du médius droit. Plusieurs chirurgiens éminents d'une capitale étrangère qu'il a consultés l'année dernière, ont cru à une tumeur fibreuse et proposé une opération qu'il a refusée.

Je vois ce malade à Ragatz dans les premiers jours du mois de juillet 1889. En examinant la région fessière qui était surtout le siège de la douleur, je rencontre une induration musculaire aussi grosse qu'un poing d'enfant; elle correspond à la partie supérieure du moyen fessier avec lequel elle semble faire corps; douleur très vive à la pression; cette masse présente une dureté presque cartilagineuse, pas de point douloureux le long du trajet du sciatique; déformation du médius droit; léger épanchement dans l'articulation de la première et de la seconde phalange.

*Massage très-énergique.* — 2 séances par jour. — Aucun changement durant la première semaine. L'amélioration ne se fait sentir qu'au commencement du mois d'août. La première semaine de septembre il allait assez bien pour pouvoir prendre part à un concours de lawn-tennis, (il eut le premier prix) son doigt traité également par le massage était complètement redressé. Ce jeune homme, qui pouvait faire sans fatigue des très longues marches, dut retourner en Amérique vers la fin de septembre pour reprendre des études commencées. Il reste toujours une induration musculaire beaucoup moins ferme qu'à l'origine présentant le quart du volume qu'elle présentait primitivement. J'ai eu de ses nouvelles au mois d'octobre 1890, l'amélioration s'était maintenue.

## Obs. CXLI

*Myosite du moyen fessier. — Sciatique. — Atrophie des muscles de la cuisse. — Massage. — Guérison.*

Mme W., 58 ans, vient me voir à Ragatz à la fin du mois d'août de l'année dernière. En 1882, douleurs dans la fesse ; trois médecins consultés à ce moment déclarent que c'est une sciatique ; le mal a constamment empiré et l'hiver dernier, il est devenu assez intense pour le priver de sommeil une partie de la nuit ; plusieurs fois, il fut obligé de sauter du lit à la suite de crampes violentes des muscles du membre inférieur. Après avoir essayé plusieurs médications internes et externes, elle va faire une cure à Gastein, cette cure est sans résultat. Elle s'adresse à moi à la fin du mois d'août 1889.

*Massage.* Après la première séance, elle peut dormir la nuit entière, ce qui ne lui était pas arrivé depuis trois ans ; depuis lors, a toujours bien dormi. Outre l'insomnie, cette per-

sonne présentait différents accidents pénibles; elle boitait beaucoup dans la marche et se fatiguait très vite, bien qu'elle s'appuyât sur une canne. Douleur sourde, habituelle, qui prend la nuit le caractère lancinant. La moindre pression sur la région fessière droite est si pénible qu'elle l'évite avec grand soin et tâche autant que possible de s'asseoir sur la région non atteinte. La douleur a son siège principal à la fesse, mais elle s'étend sur tout le trajet du nerf, jusqu'aux orteils. Au mollet, elle suit particulièrement la branche péronière; les muscles de la fesse sont atrophiés et flasques ; ceux du mollet laissent à désirer. Point douloureux au niveau de l'émergence pelvienne du sciatique; point péronier. Dans le moyen fessier et près de son attache à la crête iliaque, petite induration du volume d'une noisette, très douloureuse à la pression.

*Massage.* — Après une semaine, le résultat est excellent. Au début, la malade supporte assez mal le traitement, elle le supporte très bien après une quinzaine de jours. Elle peut faire des promenades à pied, se sent plus forte sur sa jambe : massage énergique contre l'atrophie des muscles et le foyer de myosite.

Guérison complète après trois mois de traitement; n'a pas eu la moindre douleur depuis trois semaines, longues courses à pied sans fatigue. Les muscles atrophiés ont repris leur volume et sont devenus plus fermes. Le noyau de myosite a complètement disparu.

J'ai su par une de ses amies au mois de mai dernier, qu'elle n'avait pas ressenti le moindre phénomène du côté du membre inférieur depuis la fin du traitement, mais depuis quelques semaines, elle était atteinte d'un lumbago pour lequel elle faisait une saison à Aix-les-Bains.

## Obs. CXLII

*Myosite limitée du vaste interne. — Hydartrose du genou. — Tuméfaction périarticulaire consécutive. — Massage. — Guérison.*

M. W., 34 ans, Américain ; vient réclamer mes soins au mois de décembre 1887.

Il y a sept semaines environ, le genou gauche a augmenté de volume spontanément sans causes connues. Le lendemain, ce genou renfermait un épanchement assez abondant, mais, il n'était pas douloureux. Impossible de s'appuyer sur la jambe du côté intéressé. Ce malade n'appartient pas à une famille de rhumatisants et n'a jamais eu lui-même de rhumatisme. Applications de teinture d'iode et pointes de feu ; la tuméfaction diminue légèrement, puis semble rester stationnaire. De nouvelles applications de pointes de feu sont sans résultat. C'est à ce moment que ce malade s'adresse à moi contre l'avis formel de son médecin traitant. Le genou est le siége d'une tuméfaction prononcée, mais en examinant l'articulation, on trouve que sa tuméfaction tient à un empâtement périphérique plutôt qu'à un épanchement intra-articulaire ; de plus, par suite de l'atrophie des masses musculaires de la cuisse, le genou paraît plus volumineux qu'il ne l'est en réalité. Du côté interne de l'articulation, résistance assez accusée, siégeant dans le muscle vaste interne à quelques centimètres au-dessus du genou sur une longueur de 3 à 4 centimètres dans le sens de l'axe du membre, bords très nets ; consistance cireuse, sensibilité à la pression plus vive que sur le genou lui-même. Le malade déclare avoir également senti à ce niveau des douleurs spontanées plus marquées que dans le genou ; elles ont apparu quelques jours après le début de la tuméfaction.

Quelques ganglions lymphatiques placés à ce niveau, sont tuméfiés et endoloris.

Massage dirigé contre la tuméfaction articulaire, le foyer de myosite et l'atrophie musculaire. Au bout de quelque temps, amélioration. Trois semaines plus tard, le malade peut se lever et se promener dans sa chambre en s'appuyant sur une canne Guérison complète après six semaines, marche aussi bien qu'avant sa maladie. 8 jours avant la fin du traitement, l'atrophie et l'induration musculaire ont disparu.

### Obs. CXLIII

*Myosite chronique du triceps fémoral ayant eu pour origine le traumatisme ravivé par une attaque subaiguë de rhumatisme. — Massage. — Guérison.*

Le comte M.,60 ans, fut désarçonné dans le cours d'une promenade à cheval 8 mois avant qu'il s'adressât à moi (mars 1887). Il resta suspendu par le pied droit et fut traîné pendant quelques instants. Douleur vive dans la cuisse lorsqu'il se releva, cette douleur était assez intense pour qu'il lui fût complétement impossible de s'appuyer sur la correspondante ; on dut le reconduire chez lui en voiture et il s'alita. Repos et compresses froides ; la douleur disparaît au bout de 3 semaines. Il la ressent de temps en temps dans la partie antéro-interne de la cuisse, mais elle n'est pas assez vive pour l'empêcher de monter à cheval.

Douleurs rhumatoïdes consécutives à un refroidissement durant l'automne de 1886 ; elles sont vagues, mal localisées, mais plus vives qu'ailleurs dans la cuisse intéressée. Bains de Barèges et salicylate de soude. Plus tard, va beaucoup mieux ; il reste dans la cuisse des douleurs persistantes et continues.

Lorsqu'il vient me voir, marche avec une canne en s'appuyant

un peu sur sa jambe, 5 mois s'étaient alors écoulés après l'accident. Localise sa douleur en différents endroits correspondant aux muscles grand adducteur et droit antérieur de la cuisse; légère atrophie à ce niveau. A la palpation je trouve des points résistants produits par des foyers de myosite. Ils sont très douloureux à la pression, à tel point que les muscles de la jambe éprouvent des contractions brusques. Malgré l'âge avancé du malade, le massage produit un effet excellent et d'une rapidité exceptionnelle. Au bout de 15 jours le malade peut monter à cheval. Complétement rétabli après cinq semaines de traitement ; l'amélioration persistait au mois de mars 1890.

Les myosites ont été probablement consécutives à la rupture de quelques fibres musculaires ; car le malade se rappelle parfaitement avoir eu sur la cuisse quelques sugillations sanguines peu de jours après l'accident.

### Obs. CXLIV

*Myosites multiples des muscles des deux jambes du vaste interne de la cuisse droite. — Marche impossible. — Massage. — Amélioration.*

M. M. de New-York, 53 ans ; s'adresse à moi au mois de mai 1886.

Se plaint d'une faiblesse des jambes qui a été toujours en augmentant depuis plusieurs années. Elle est accusée et pénible surtout lorsqu'il est resté pendant quelque temps debout. Fièvre typhoïde il y a 8 mois : à la suite, a pu marcher très difficilement. Des mois se passèrent sans apporter la moindre amélioration.

Lorsque ce malade s'adressa à moi, il ne pouvait rester debout plus d'un quart d'heure sans ressentir des douleurs graves et progressives qui s'étendaient du genou à la plante du pied ; une marche de courte durée produisait le même effet.

Lors de mon premier examen, je trouve plusieurs foyers de myosite de volume variable correspondant dans les deux jambes à la saillie du mollet; il y en avait vers l'attache supérieure des muscles constituant le triceps sural ; à droite, du côté interne à proximité du tendon d'Achille, elles sont plus fermes et plus résistantes qu'ailleurs. A la cuisse foyer de myosite du vaste interne ayant à peu près l'étendue d'une main d'enfant nouveau-né. Peu saillant et peu résistant. Léger épanchement dans la bourse muqueuse placée entre le tendon d'Achille et la partie postérieure du tibia gauche.

*Massage.* Au bout de 8 jours, soulagement déjà notable ; la pesanteur est moindre qu'auparavant, et après chaque séance, le malade put rentrer à pied ; 2 séances par jour ; amélioration telle au bout d'un mois que le malade a pu rester un jour 3 heures debout ; plus de douleurs ni de sensation de pesanteur.

Obligé d'interrompre le traitement à ce moment et de retourner en Amérique. L'amélioration s'est maintenue.

## Obs. CXLV

*Myosite du triceps sural, du tibial postérieur, du fléchisseur commun des orteils. — Difficulté considérable de la marche. — Massage. — Guérison.*

M. P., 45 ans, légèrement obèse ; a passé quelques années aux Indes orientales, arthritique ; a eu du lumbago, de la sciatique, des douleurs vagues dans différentes parties du corps. Il souffrait moins pendant son séjour dans les pays chauds, mais à peine était-il de retour en Europe que ses douleurs revenaient. Ce qui le tourmentait le plus c'était une grande faiblesse de la jambe droite. Elle existe depuis 2 ans. Pendant la marche, il est vite fatigué et éprouve un irrésistible besoin de se reposer; l'autre jambe ne tarde pas à se fa-

tiguer elle-même, car c'est elle qui doit porter en grande partie le poids du corps. Un séjour à Ischl dans le cours de l'été dernier lui a fait beaucoup de bien, mais, l'effet n'a été que de courte durée. Depuis plus de 7 semaines, vive douleur dans le mollet; elle a été telle pendant 15 jours qu'il a dû garder le lit. Sinapismes, pointes de feu. Amélioration; se remet à marcher tant bien que mal. Lorsque ce malade se présenta pour la première fois à moi, au mois de novembre 1885, il marchait difficilement en traînant la jambe et en s'appuyant sur une canne. Ce malade se plaint d'une douleur assez vive dans le mollet; mais il lui est difficile d'en préciser le siège. La fatigue et les changements de temps l'exaspèrent. Comme il était dans les affaires, il était obligé de beaucoup marcher et sa douleur constituait une véritable infirmité. A la partie inférieure du triceps sural, induration située près de l'origine du tendon d'Achille et de son bord interne. Elle est d'une dureté cartilagineuse, et quand on presse dessus, on provoque une douleur très vive, s'irradiant dans toute la jambe et particulièrement dans le mollet. Foyers résistants dans le tibial postérieur et le fléchisseur commun des orteils.

*Massage énergique.* — Après trois semaines de ce traitement le malade peut marcher sans canne. Au bout de 2 mois 1/2 il est tout à fait guéri. Plus de traces d'induration.

### Obs. CXLVI

*Myosite chronique plantaire profonde. — Différents traitements sans succès. — Massage. — Guérison.*

Madame N. D., 49 ans, américaine, a éprouvé différentes manifestations rhumatismales, entre autres des douleurs persistantes dans les deux pieds; elles durent depuis 2 ans et la malade peut très difficilement en préciser le siège. « C'est

quelque part sous le pied, dit-elle mais je ne pourrais pas indiquer au juste l'endroit » Elle ne souffre guère lorsqu'elle n'a pas beaucoup marché. Après les courses un peu longues, vive douleur qui persiste la nuit au point de troubler le sommeil. Elle la compare à des sensations de picotement, de brûlure, s'étendant à toute la plante du pied et surtout au talon ; quand la malade ne se repose pas, la douleur se répand dans tout le pied. Cette personne a consulté plusieurs médecins aux Etats-Unis et en Europe ; elle a été traitée successivement pour du rhumatisme, de la névralgie, de la périostite ; elle a visité différentes stations thermales, subi une cure par l'électricité ; un massage de toute la plante du pied n'a donné aucun résultat. En l'examinant, je trouve profondément sous la voûte plantaire, des noyaux presque symétriques du volume d'un petit pois : la résistance était assez marquée à droite pour qu'on pût parler d'induration. Les pressions à ce niveau provoquent une vive douleur qui se répand dans tout le pied. Le massage,pénible au début,finit par être bien supporté. Du côté gauche, la guérison a lieu au bout de 6 semaines. Il a fallu une semaine de plus pour la droite ; la douleur a complétement disparu.

### Obs. CXLVII

*Myosite du long péronier latéral droit. — Sciatique. — Massage. — Guérison.*

M. N., 45 ans, surpris par une averse dans une promenade qu'il faisait l'an dernier aux environs de Vienne (Autriche), fut complétement mouillé et se refroidit ; éprouva presque immédiatement une douleur assez vive dans la fesse et le long de la cuisse et de la jambe gauche. Malgré l'application de différents médicaments, cette douleur persista. On mit des vésicatoires, des pointes de feu, etc. ; amélioration

passagère. Douleur continue sourde ; lorsqu'il fait des mouvements, élancements dans toute la jambe. Jamais cependant les souffrances ne furent assez violentes pour l'obliger à garder le lit. Il marchait toujours tant bien que mal. Revenu à Paris au mois de mars 1888, il eut une sorte de crise subaiguë avec douleurs s'irradiant jusque dans le mollet ; se plaignait en outre de sensations mal définies et pénibles dans la partie externe de la cuisse et vers le genou. « Il lui semblait, dit-il, que ce dernier était serré dans un étau. » Grâce à l'antipyrine, la crise se calma et il put quitter le lit au bout de quelques jours. Il lui est resté une faiblesse assez grande de la jambe à cause de laquelle il s'adresse à moi.

Atrophie avec flaccidité des muscles du membre inférieur correspondants ; cette lésion est spécialement marquée dans les muscles fessiers, dans les adducteurs, dans le triceps sural. Sur le trajet du long péronier latéral, on trouve un noyau d'induration du volume d'une amande. Douleur à la pression sur le sciatique, dans la région fessière et surtout à son point d'émergence du bassin ; sur le péronier et sur le nerf crural jusqu'au genou. Ce malade s'est remis à marcher depuis huit jours, mais il est très vite fatigué et alors les douleurs reviennent plus vives qu'elles ne l'étaient ; mais il y en a toujours de sourdes et de continues ; se lève difficilement lorsqu'il est resté quelque temps assis ; la sensation désagréable dans le genou persiste.

*Massage* dirigé contre les affections musculaires et nerveuses. Amélioration très rapide. Au bout de quelques jours le malade se tient mieux sur la jambe et peut faire de longues marches sans se fatiguer. Je l'engage à faire des promenades fréquentes pas trop longues. Après un traitement de 2 mois, guérison complète ; le petit foyer de myosite a disparu, les muscles ont repris leur force.

## II. — CONTRACTURE ET ATROPHIE MUSCULAIRES.

Elles se produisent à la suite de lésions des muscles, des articulations, du système nerveux. — Comment on comprend aujourd'hui les contractures. — Contractures vraies et fausses contractures. — Ce sont des phénomènes d'ordre réflexe. — Théorie de Hueter. — L'atrophie est une conséquence non une cause de la contracture. — Action du massage.

Nous sommes obligés d'étudier avec les affections du corps charnu des muscles deux états secondaires qui peuvent succéder à toutes les maladies que nous avons eu l'occasion de voir : à celles des articulations et de leurs annexes, comme à celles du système osseux et du système musculaire ce sont les contractures et les atrophies. Dans bon nombre d'entre elles le massage est utile, on pourrait même dire qu'il l'est dans toutes mais personne ne songerait à affirmer qu'il guérit définitivement les contractures de n'importe quelle origine, de n'importe quelle cause. Il peut les faire disparaître ; c'est alors une médication réellement curative, mais il peut aussi contribuer seulement à améliorer la nutrition des muscles comme un simple adjuvant de moyens thérapeutiques plus radicaux. Par ce fait seul que des traitements identiques dirigés contre des complexus qui semblent identiques eux-mêmes peuvent aboutir à des résultats différents, il est indispensable d'analyser les cas ; de remonter à leurs origines et, si

faire se peut, de déterminer leur nature respective.

Il est presque impossible d'étudier isolément la contracture et l'atrophie ; ce sont deux états connexes qui souvent existent en même temps ou se succèdent. Un muscle contracturé s'atrophie à la longue, et la réciproque est vraie ; il est exceptionnel qu'une atrophie musculaire ne s'accompagne pas de contracture du muscle primitivement atteint, ou des antagonistes. Cette connexité n'implique nullement l'identité des deux syndrômes ; on peut concevoir *a priori* qu'il existe entre eux des différences qu'on peut constater sans peine. Il est très possible que la nutrition d'un muscle en état de contracture soit intacte ; que tous ses éléments soient conservés, qu'il n'y ait ni sclérose ni dégénérescence graisseuse. A cet égard, les recherches anatomiques faites jusqu'à ce jour n'ont fourni aucune notion décisive ; peu ont même porté sur des contractures récentes ; d'un autre côté l'examen à la vue et au toucher d'une région à muscles contracturés ne révèle pas toujours cette diminution de volume, cet amaigrissement caractéristique des atrophies prononcées ; il faut donc étudier isolément la contracture et l'atrophie.

On est loin de s'entendre sur les définitions : M. Duplay déclarait il y a quelques années que la contracture est un raccourcissement spasmodique aigu et nécessairement spontané de la fibre musculaire.

M. Charles Richet appelle contracture toute contraction musculaire prolongée qui ne peut être relâchée sous l'influence de la volonté[1]. M. Erb parle d'un raccourcissement durable des muscles amenant le rapprochement graduel de leurs points d'insertion, M. Straus donnait la définition suivante en 1875. « La contracture est une contraction tonique persistante et involontaire d'un ou plusieurs muscles de la vie animale[2]. » Enfin M. Blocq considère la contracture comme un état pathologique du muscle caractérisé par la raideur involontaire et durable.

On lui rattache à tort d'après ce dernier auteur un certain nombre d'états qui lui ressemblent. Les plus remarquables sont : les convulsions toniques passagères à successions successives et irrégulières, les crampes, les tics, la catalepsie caractérisée par l'aptitude des muscles à recevoir et à conserver un certain temps les divers degrés de contraction que leur imprime une main étrangère ; les rétractions fibreuses déterminées par des brides de tissu inodulaire, les raccourcissements par adaptation des muscles, déterminés par la paralysie de leurs antagonistes. Il y aurait donc des vraies et des fausses contractures ; les caractères suivants permettraient de distinguer les unes des autres :

Dans les contractures vraies on trouverait une exa-

1. *Pathologie des nerfs et des muscles*, p. 482

2. *Des contractures*, T. d'agrégation. Paris. 1875

gération constante des réflexes tendineux, avec une trépidation spinale habituelle ; les muscles antagonistes seraient toujours pris ; cette contracture débuterait souvent sous l'influence du traumatisme ; elle présenterait des variations d'intensité ; à l'examen des muscles, on éprouverait une sensation de résistance élastique ; elle disparaîtrait au bout d'un temps variable après l'application de la bande d'Esmarch ; elle se résoudrait complétement pendant la narcose chloroformique et les réactions électriques des muscles seraient normales.

Dans les fausses contractures, il n'y a pas d'exagération des réflexes tendineux, ceux-ci sont au contraire souvent diminués, parfois abolis ; il n'y a pas de trépidation spinale, les antagonistes ne sont pas toujours pris ; il n'y a pas de tendance à la généralisation, le traumatisme est sans action sur le début ; celui-ci présente une intensité variable. On éprouve une sensation de résistance fibreuse, la bande d'Esmarch comme la narcose chlorofornique ne modifient rien : dans quelques cas les réactions électriques sont altérées.

M. Blocq a fait ce qu'il pouvait pour trouver un critérium permettant de distinguer les vraies et les fausses contractures. En admettant que les caractères donnés par lui soient exacts, il reste toujours une lacune tenant à l'indétermination de la définition générale. Dans tous les états réunis sous le nom de fausses contractures, est-il admissible qu'il n'existe pas de rai-

deur involontaire et durable des muscles? Est-il admissible que dans les rétractions fibreuses par exemple, ceux-ci aient conservé leur élasticité ou qu'ils l'aient perdue pour un certain temps seulement?

Quoi qu'il en soit, on trouve des altérations appelées par tout le monde contractures dans les affections du système musculaire, des articulations, du système nerveux et jusqu'à ce que la nomenclature de M. Blocq ait été définitivement acceptée, jusqu'à ce que sa définition ait été précisée, on n'a pas le droit de rejeter une partie d'entre elles ou de les reléguer dans un chapitre complémentaire. En 1875 M. Georges Bourgougnou étudiait dans sa thèse inaugurale les contractures portant sur les muscles des épaules du bras et de la région lombaire qu'on rencontre chez les ouvriers chargeurs ; d'après la définition ce seraient des vraies contractures, car il y a de la raideur involontaire et durable des muscles intéressés ; d'après les considérations ultérieures, ce seraient de fausses contractures, car elles résultent de ruptures partielles des muscles et de rétractions cicatricielles consécutives.

Laissons donc de côté la division en attendant qu'on puisse distinguer les vraies des fausses contractures. Pour l'instant, nous nous trouvons en présence d'un fait acquis : on en observe à la suite d'affections primitives des muscles, des myosites aiguës et chroniques.

Il y a une contracture spéciale indépendante de

toute destruction, de tout désordre nerveux dans la syphilis. « Il paraît que cette maladie a de l'influence sur le système musculaire, écrivait, en 1836, Philippe Boyer, car j'ai vu deux fois des contractures produites par elle ou au moins accompagnant ses symptômes et ne pouvant être rapportées à d'autres causes; elles appartenaient au muscle biceps brachial [1]. »

En 1842, M. Ricord rapportait des faits analogues [2]; en 1846 [3], M. Bouisson revenait sur eux. Plus récemment, M. Mauriac déclarait que le muscle était seul en cause et qu'il devait se produire dans son sein quelques lésions à évolution insidieuse, qui, sans ressembler tout à fait aux éruptions cutanées, aux hypérémies viscérales, ne sont pas sans analogie avec elles.

M. Fournier arrive aussi, par exclusion, à localiser tout dans le muscle. « Nous voyons, dit-il, un effet dont la cause nous échappe. Résignons-nous à qualifier cet accident du nom de contracture, sans nous aventurer à en déterminer l'origine d'une façon plus précise ». Cette restriction est juste si l'auteur a voulu dire que nous ne savons rien des phénomènes intimes qui produisant ou accompagnant les altérations nutritives de nature spécifique. La syphilis est une affection destructive; elle altère la proportion des

1. *Gaz. des hôpitaux*, p. 98.
2. *Traité de la Syphilis.*
3. *Gazette méd.*, 1846.

éléments, entrave la reconstitution des tissus; il est naturel que le système musculaire ne jouisse d'aucune immunité.

Il ne faut pas confondre ces contractures avec d'autres qui peuvent se produire au cours de la période tertiaire. M. Péan en a décrit une du sterno-mastoïdien gauche à la suite du ramollissement et de l'évacuation de plusieurs gommes : c'était une rétraction cicatricielle.

En dehors de la syphilis on trouve des contractures lors même que les muscles n'ont pas été touchés; c'est à elles que sont dues les déformations et les attitudes vicieuses des membres à la suite des affections articulaires. M. Blocq a pris ces accidents pour type des contractures spasmodiques vraies. Signalés, il y a longtemps par Hunter qui les regardait comme une conséquence de sympathies entre les muscles et les jointures, elles furent étudiées surtout par Duchenne de Boulogne, qui les appela contractures ascendantes réflexes d'origine articulaire. Les muscles atteints sont le siège de douleurs plus ou moins vives, mises par l'auteur que nous venons de citer sur le compte d'un état morbide de la moelle.

Bell attribuait les attitudes vicieuses à une position instinctivement prise par le malade pour mettre les muscles dans le relâchement et calmer la douleur. Bonnet, rapportait tout au tiraillement exercé sur les

ligaments par les liquides morbides des cavités articulaires. Mais on trouve des attitudes vicieuses dans des arthropaties non douloureuses, on en trouve dans les arthrites sèches, lorsqu'il n'y a aucun épanchement dans la synoviale ; elles résultent de contractures musculaires. Celles-ci sont précoces, elles commencent parfois en même temps que l'arthrite, ne s'accompagnent d'aucune altération anatomique appréciable des muscles ou de leur voisinage ; plus tard surviennent une sorte de sclérose au niveau des insertions tendineuses et de la périarthrite avec induration et épaississement de toutes les parties voisines. « Ce nouveau processus, dit M. Vallich, fixe les muscles contracturés dans l'état où ils se trouvent ; ce sont là les phénomènes décrits par M. le Professeur Charcot sous le nom de rétraction fibro-tendineuse, phénomènes qui n'ont pas besoin pour leur développement d'une propagation inflammatoire venue de l'articulation mais qu'on a vus aussi succéder à des contractures d'origine hystérique. Dans les tumeurs blanches, on a affaire à la contracture musculaire, à la rétraction fibro-tendineuse, il faut compter avec l'influence des lésions destructives des os auxquelles on peut devoir non seulement des déviations et des déformations mais encore des luxations. »

Il n'existe peut-être aucune différence essentielle entre ces contractures et celle qu'on observe dans un

certain nombre de maladies du système nerveux et dont le prototype est la contracture permanente des hémiplégiques. Les muscles raccourcis souffrent, leurs fibres dégénèrent à la longue, c'est ce qu'ont démontré Herrmann, Ormerod et beaucoup d'autres.

On a d'abord expliqué les contractures d'origine nerveuse par une théorie si commode que beaucoup de médecins l'ont adoptée. La fibre musculaire posséderait, à l'état normal, une activité propre qui la maintiendrait en état de contraction permanente, c'est le tonus musculaire, sorte d'excitation entretenue par les centres spinaux. La paralysie d'un muscle s'accompagne d'une augmentation du tonus de son antagoniste ; la position d'un organe dépend de l'équilibre entre tous les muscles qui le soutiennent ou le mettent en mouvement ; avec une pareille hypotèse, les déviations s'expliquent toujours.

« Rien de plus facile à comprendre, dit M. de Saint-Germain, que le torticolis musculaire. Lorsque l'on examine un squelette, on s'aperçoit que la tête est en équilibre instable sur le sommet de la colonne vertébrale, en ce sens que la partie antérieure de la tête, constituée par une portion du crâne et par la face, est plus lourde que par la partie postérieure. Ce fait déjà très net chez l'homme l'est beaucoup plus chez les animaux ; vous connaissez tous la puissance du

ligament cervical postérieur chez le cheval. La tête n'est donc tenue en équilibre que par la puissance des muscles qui s'y insèrent et font l'office de haubans et s'il y a inégalité dans les tractions latérales, l'équilibre est vite rompu ; cette inégalité peut théoriquement se produire, soit parce que l'une des cordes tire trop, soit parce qu'elle ne tire pas assez, mais c'est très rarement que la rupture peut être attribuée à la paralysie d'un des agents de traction. Ce qui arrive le plus souvent, c'est qu'une des cordes tire trop, c'est que l'une des puissances devient prédominante tandis que son antagoniste reste normale ; en un mot les ruptures d'équilibre résultent ordinairement de la contracture d'un muscle et non pas de la paralysie de son antagoniste[1]. »

Il y a beaucoup à dire sur cette ingénieuse théorie : elle est probablement vraie dans certains torticolis inflammatoires, mais en admettant le point de départ physiologique, l'équilibre par antagonisme des muscles symétriques, toutes les objections ne sont pas réfutées. Nous avons vu des myosites limitées accompagnées d'irradiations, sans déplacements de la tête, et la chose se comprend : la suractivité d'un muscle appelle une réaction de la part de son congénère de sorte que l'équilibre se trouve rétabli.

Pour les contractures des hémiplégiques, cette doc-

1. *Chirurgie orthopédique*, p. 202.

trine est difficilement applicable. Pourquoi, quand le membre inférieur est paralysé, certains muscles se contracturent-ils, tandis que les autres restent flasques et s'atrophient?

Dans trois mémoires sur ce sujet, Hueter a combattu l'ancienne théorie et en a laissé peu de chose debout [1]; ses idées ont été adoptées par Volkman [2]. Voyons par quoi il la remplace. Il y a, dans son *Traité des maladies articulaires,* un schema qu'il nous paraît inutile de reproduire, tant il est simple; ce schema est destiné à montrer la manière dont l'auteur conçoit les mouvements du pied. Pour lui, c'est un levier de premier genre dont le point d'appui est plus rapproché de l'extrémité postérieure que de l'extrémité antérieure. La première tombera en avant lorsque sa direction sera réglée par l'action seule de la pesanteur parce que le bras antérieur du levier est le plus long; on aura la difformité appelée en chirurgie pied bot varus équin. Si l'extrémité reste horizontale, cela tient à l'intervention des muscles.

Lorsque tous sont paralysés, les orteils s'abaissent, le talon s'élève, les points d'insertion des muscles postérieurs se rapprochent. Or la substance musculaire possède une propriété indiscutée : *toutes les fois que les points d'insertion d'un muscle sont rapprochés pen-*

1. *Arch. f. Klin. Chir., IV Bd,* p. 495-97.

2. *Samml. klin. Vort.,* I, 1879.

*dant un certain temps, sa nutrition souffre et il se contracture.*

« Cette loi, dit l'auteur, est de la plus grande importance pour expliquer la contracture myogène. Non seulement elle est confirmée par nos données anatomo-pathologiques, mais encore par des expériences. Il y a une chose bien simple à faire : il suffit de porter pendant plusieurs semaines un bandage contentif au voisinage d'une jointure. Si nous avons fixé l'avant-bras fracturé à angle droit sur le bras, de telle sorte que l'articulation du coude, absolument saine, soit immobilisée, nous trouverons, après l'enlèvement de l'appareil, que les mouvements dans le sens de l'extension sont très limités. Pour se convaincre qu'il s'agit bien d'une altération nutritive il n'y a qu'à endormir le malade avec le chloroforme et nous verrons qu'on ne peut sans violence arriver au maximum d'extension. »

« Comme il y a fort peu de cas, ajoute-t-il plus loin, de paralysie absolue et totale, qui rendent impossible la contraction des muscles, on a cherché une force active capable de les raccourcir ; à défaut de mieux, on a eu recours au tonus musculaire. Existe-t-il ? autrement dit, un muscle peut-il se raccourcir spontanément après la suppression complète de l'innervation ? c'est une question physiologique que nous ne saurions discuter. Elle a peu d'importance pour l'ex-

plication des contractures paralytiques. Aucun de ceux qui croient à l'existence du tonus musculaire n'admettra qu'un agent si peu énergique puisse supporter, pendant des mois et des années, le poids d'un membre. »

Les objections de Hueter me paraissent plus décisives que sa théorie elle-même. Elle repose sur un fait unique qui n'est vrai que pour le membre inférieur. On serait souvent embarrassé pour expliquer comment les extrémités d'un muscle peuvent se rapprocher. Pour Hueter, il n'existe aucune différence entre la contracture et l'atrophie ; dès l'instant où la nutrition souffre, tout le reste n'est plus qu'une question de degré. Il est assez difficile d'expliquer avec cette doctrine une bonne partie des contractures d'origine articulaire, qui pourtant ressemblent bien à celles que produisent les affections du système nerveux.

Hunter les considérait comme réflexes; c'est ce qu'il entendait en parlant des sympathies des articulations et des muscles. « MM. Charcot, Vulpian, Erb, dit M. Wallich dans son excellente revue sur ce sujet, ont placé dans la catégorie des phénomènes réflexes, ces troubles musculaires qui ne seraient que l'expression d'un état médullaire né lui-même de la transmission par voies nerveuses des phénomènes irritatifs articulaires. On se trouve ainsi

conduit à admettre qu'il existe dans la moelle une certaine relation entre les cellules d'origine des nerfs centripètes articulaires et les cellules d'origine des nerfs moteurs des muscles sur lesquels se localisent les divers troubles observés [1]. »

Cette hypotèse a reçu dans ces derniers temps une confirmation sérieuse grâce à une observation de M. Klippel, alors interne des hôpitaux de Paris. Voici ce qu'il trouva dans un cas d'arthrite chronique du genou droit accompagnée de paralysie et d'atrophie du triceps crural. « Les cellules de la corne antérieure étaient diminuées de nombre et de volume ; elles avaient des prolongements mousses diminués ou absents ; dans les cornes postérieures, les cellules avaient conservé leur volume et leur nombre, mais manquaient de prolongements, avaient des noyaux granuleux et faiblement colorés par le carmin. On trouvait les mêmes caractères atténués à mesure qu'on s'élevait dans la moelle ; la lésion paraissait symétrique légèrement prédominante à droite dans la corne postérieure. Ce fait est en contradiction avec ce que l'on avait observé jusqu'alors, mais il serait peut-être prématuré de se hâter de conclure à la présence constante d'une lésion qui aurait échappé aux diverses recherches. »

La même réserve a été formulée par presque

1. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 854.

tous ceux qui se sont occupés de la question. Il peut exister une lésion médullaire perceptible, mais il est probable que dans beaucoup de cas, les troubles ne vont pas jusque là ; il est probable que tout se borne comme on l'a dit à une sorte de superexcitation cellulaire d'où résulte la contracture ; comme toutes les irritations de même ordre, celle-ci finit par épuiser l'élément et faire place à la stupeur de telle sorte que la paralysie et l'atrophie seraient consécutives à la contracture initiale lorsqu'elle se prolonge. Cette théorie est-elle définitive? convient elle à tous ces cas ? nous n'oserions l'affirmer. Il est difficile d'expliquer la contracture permanente des hémiplégiques par une irritation primitive de certains groupes de cellules médullaires. Peu importe d'ailleurs, il est admissible que la doctrine de Duchenne de Boulogne s'applique à un certain nombre de cas, et celle de Hueter à d'autres. Que l'on rapporte la première phase du processus à l'irritation des cellules médullaires, on pourra expliquer la suivante par le trouble nutritif que subit ce muscle dont les extrémités sont rapprochés ; la pathogénie de la contracture et de l'atrophie est ainsi élucidée :

Voyons d'abord deux observations qui semblent confirmer jusqu'à un certain point la théorie de Hueter ; la première appartient à Güssenbauer, la seconde nous est personnelle.

## Obs. CXLVIII

*Rhumatisme chronique ancien. — Contractures et atrophies. — Insuccès des médications employées. — État général peu satisfaisant. — Massage. — Guérison.*

Une dame de 40 ans était malade depuis l'âge de 18 ans. Il se fit chez elle, sans cause connue, une tuméfaction lente et indolente au niveau de l'articulation du coude droit. Les douleurs ne se montraient que dans les tentatives de mouvements. La nature exacte de la maladie ne fut pas reconnue par le médecin traitant; il prescrivit le repos et différents topiques. Les articulations des doigts se prirent; à la suite d'une cure par l'eau froide à Wartenberg ; la maladie empira de telle sorte qu'on dut recourir aux bains chauds. Ils n'eurent aucune influence. Pendant les 22 ans qui suivirent, toutes les jointures furent prises. La maladie parut s'arrêter au moment d'une deuxième grossesse ; aucune jointure ne fut touchée tant qu'elle dura. Les douleurs devenaient même plus supportables dans les articulations déjà intéressées. Pendant ces 22 ans, la malade a suivi un grand nombre de médications internes ; elle a fait des saisons à Tœplitz, Franzensbad, Neudorf, Reichenhall, Prystan, sans avantage ; la maladie n'a fait qu'empirer. Electricité sans résultat. Depuis 8 ans, cette malade ne peut plus marcher, elle passe son temps partie au lit, partie sur un canapé ou une chaise roulante ; elle éprouve, jour et nuit des douleurs assez vives pour la priver de repos.

La nutrition a souffert, une constipation habituelle et opiniâtre la fatigue; les urines contiennent un très riche sédiment uratique, jamais d'albuminurie. Les battements du cœur sont arhytmiques, petits et faibles ; le pouls est à peine

sensible. Parfois il y a des faiblesses qui vont jusqu'à la syncope.

La malade était dans cet état vers la fin de février de l'année 1880, lorsque M. Carl Güssenbauer commença de la traiter. « Je me demandais, dit-il, dès l'abord, si le massage pourrait donner même une amélioration dans un cas aussi invétéré, moins à cause de l'altération des jointures que de l'affaiblissement général et de l'état du cœur. Pourtant, je résolus de l'employer pour les articulations et pour tout le corps. Le premier me paraissait nécessaire pour faire disparaître la tuméfaction douloureuse locale des membres supérieurs et inférieurs ; des symphyses sacro-iliaques, et de quelques-unes des articulations de la colonne vertébrale dans les régions lombaire et thoracique.

Je considérais le massage général comme utile pour favoriser les échanges organiques et améliorer la nutrition, surtout celle des muscles qui présentaient un notable degré d'atrophie, aussi bien aux membres que sur le tronc. A ce point j'étais arrivé à cette conviction partagée par beaucoup d'autres que le massage général (ce qu'on appelle la gymnastique hygiénique suédoise) agit très favorablement sur la nutrition des tissus ; j'avais d'ailleurs déjà fait dans ce sens de nombreuses expériences à Liège.

Outre les contractures, il y a des adhérences entre les articulations et les gaînes tendineuses, qui produisent les caractéristiques aux deux mains et au voisinage des grosses jointures des membres supérieurs et inférieurs. Ceux-ci sont fléchis à angle aigu et n'ont que des mouvements minima. Il m'a semblé qu'il était possible de combattre un pareil état par des mouvements convenablement gradués.

Il y avait, entre le cubitus et l'humérus une adhérence si

solide qu'il ne restait pas la moindre mobilité, même quand on employait toute sa force pour faire la flexion ou l'extension. Les déformations articulaires ne constituent point, on le comprend, une indication du traitement.

Comme je n'avais jamais expérimenté le massage je me vis presque obligé de l'essayer. Pendant plusieurs semaines j'ai fait chez cette malade du massage combiné à des mouvements actifs et passifs. Au bout de quatorze jours j'eus le plaisir de voir que le gonflement des jointures diminuait; que les mouvements actifs et passifs devenaient plus faciles et que la malade éprouvait moins de douleurs.

Au bout d'un mois, elle marchait avec un bâton dans sa chambre. L'état général s'était amélioré à tel point que l'on pouvait espérer un complet rétablissement prochain.

Durant quatre mois, je laissai cette dame entre les mains de mon assistant, le Dr Schmidt, qui continua d'appliquer mes procédés. Voici le résultat obtenu : Dans toutes les jointures les douleurs ont disparu, de même que la tuméfaction, sauf dans celle du coude droit ; bien qu'il se soit fait, probablement au voisinage des productions osseuses, elle est mobile presque au maximum. La force musculaire s'est tellement développée à la suite des exercices de gymnastique méthodique, qu'on a souvent peine à résister aux mouvements d'extension volontaires faits par la malade ; peut faire, sans se fatiguer, des promenades de 1/4 d'heure dans son jardin. Pour augmenter la puissance musculaire, j'ai eu recours au tapotement.

Dans le cours du traitement la nutrition générale s'était de plus en plus améliorée ; dès la première semaine, le sédiment urinaire avait disparu ; de même que l'arhytmie du pouls, celui-ci était devenu plus fort et plus plein; la malade n'avait plus l'aspect anémique au moment des époques ; elle n'avait

plus ni faiblesse ni tendance aux syncopes. Après son rétablissement elle pouvait vaquer aux soins de son ménage, et plusieurs mois après qu'on l'eut cessé elle était encore dans le même état satisfaisant.

### Obs. CXLIX

*Contracture organique de plusieurs muscles de la cuisse et de la jambe des deux côtés. — (Demi-tendineux. — Demi-membraneux. — Biceps fémoral. — Jumeaux. — Soléaire). — Massage. — Mouvements passifs. — Amélioration.*

M. Ch..., 18 ans, d'une constitution faible, éprouva il y a 8 ans à la suite d'une rougeole une grande faiblesse des extrémités inférieures; pouvait marcher, mais se fatiguait vite. De 12 à 15 ans, accidents divers, qui disparaissent par l'usage des bains de Saint-Moritz. Depuis quelque temps, les jambes semblent se raccourcir et la difformité qui en résulte s'accuse de plus en plus. En 1869, il pouvait encore allonger la jambe droite tandis que la gauche restait constamment pliée. Depuis 1878, le raccourcissement intéresse les deux jambes, mais il est toujours plus prononcé à gauche. Depuis 3 ans, n'a pu marcher sans béquilles. Faradisation pendant 6 mois. Bains de Luchon, d'Aix sans résultat; pendant l'automne de 1880, s'adresse au docteur Mezger, qui après avoir essayé de faire l'extension mécanique des jambes au moyen d'un appareil spécial, applique un bandage plâtré.

L'application était si douloureuse qu'il ne put la supporter longtemps et revint à Paris.

Je le vis pour la première fois en 1881 ; il présentait à ce moment une contracture prononcée des extrémités inférieures; elle avait surtout son siège dans les muscles de la partie posté-

rieure de la cuisse, dans les muscles du triceps sural, et enfin dans les adducteurs fémoraux. On peut faire l'extension forcée de la jambe droite jusqu'à 170° ; mais aussitôt qu'on cesse d'agir, le membre reprend sa position vicieuse. La jambe forme avec la cuisse un angle de 130° ; les mouvements de l'articulation du genou ne sont pas supprimés, mais ils sont sans importance. Pied valgus au second degré. Les deux pieds sont d'ailleurs dans l'extension et forment avec la jambe un angle très obtus. Flexion même légère impossible ; l'abduction des jambes ne dépasse pas 40°. Mouvements passifs impossibles. Les muscles demi-tendineux, demi-membraneux, biceps fémoral sont en état de contracture organique ; ils ont une consistance ferme et sont dépourvus d'élasticité. Même état des muscles du mollet. Autres muscles de la jambe plus ou moins atrophiés. Rien dans les articulations fémoro-tibiales. Le malade peut toujours marcher les jambes pliées mais il est vite fatigué. Massage, extension et abductions forcées pour allonger et écarter les deux jambes, sauf à s'occuper plus tard des muscles des mollets. Je réussis à venir à bout de la jambe droite après six semaines de traitement ; à ce moment l'extension était complète. De l'autre côté, je n'avais encore au bout de trois semaines qu'un résultat insignifiant. Au mois de septembre dernier, j'eus cependant la satisfaction de constater que les masses musculaires reprenaient un peu d'élasticité. Depuis cette époque l'amélioration a fait des progrès rapides, de sorte qu'au mois de février 1882, l'extension peut être portée à 160° ; abduction de 65 % ; le jeune homme peut monter à cheval. J'ai fait construire par M. Mariaud un appareil à l'aide duquel le malade peut marcher au moyen d'une canne et sur la pointe du pied. Grâce à la tension par le poids du corps sur les mus-

contracturés, il y a lieu d'espérer qu'elle contribuera à faire disparaître une partie de la contracture qui reste en même temps que les exercices des muscles jusqu'ici en grande partie mis hors d'usage, aideront à diminuer leur atrophie.

Dans l'observation de M. Güssenbauer, les contractures étaient nombreuses, situées dans des régions éloignées les unes des autres : elles disparurent presque spontanément quand l'état général s'améliora. Dans notre cas c'est encore de ce côté qu'il faut regarder. Les accidents dont se plaint le malade remontent à huit ans ; ils sont survenus à la suite d'une grande faiblesse des extrémités inférieures consécutive ellemême à la rougeole ; lorsque j'examinai pour la première fois ce jeune homme je ne trouvai absolument rien dans les articulations ou les muscles qui pût expliquer cet état. Il me paraît démontré que dans la plupart des contractures plusieurs facteurs sont en cause ; la nutrition générale d'abord, puis un autre élément qu'il est souvent impossible de déterminer : dans notre dernière observation la malade s'était plaint de faiblesse des jambes après l'affection génératrice, ce qui semble donner raison à Hueter ; au moins dans le cas présent ; la paralysie aurait été primitive la contracture secondaire.

Nous allons maintenant voir deux autres exemples de contracture dans lesquels l'accident original était

bien déterminé ; une fois c'était une fracture du tibia, une autre fois une carie de l'humérus.

### Obs. CL

*Contracture organique du droit antérieur de la cuisse et des muscles du mollet du côté gauche. — Massage. — Extension forcée. — Amelioration.*

Le prince J..., 34 ans, fait une chute au mois de décembre 1880 et se fracture le tibia à sa partie inférieure (jambe gauche). Guérison au bout de deux mois. La marche reste assez difficile à cause d'une roideur notable de la jambe. Il ne pouvait se promener qu'à l'aide d'une canne et en boîtant fortement; je le vis pour la première fois le 2 avril 1881. J'appris que le traitement de la fracture avait consisté dans l'immobilisation à l'aide d'une gouttière. Pas d'atrophie ni sur l'une, ni sur l'autre jambe.

Du côté malade, le droit antérieur de la cuisse n'a pas la même élasticité que du côté sain ; il est plus dur; les muscles du mollet présentent la même anomalie. Rien du côté des articulations. L'extension est complète, mais la flexion est diminuée de 45 à 50°. L'extrémité antérieure du pied conserve la position anormale qu'elle a prise pendant le traitement de la fracture. Les muscles du mollet contracturés offrent une résistance insurmontable à toutes les tentatives d'extension forcée. L'immobilité n'est cependant pas complète; on peut obtenir dans ce sens un déplacement de quelques degrés.

Massage pour assouplir les muscles contracturés; flexion forcée de la jambe gauche sur la cuisse et de la pointe du pied sur la jambe; à mesure qu'on réussit à ramollir les tissus contracturés par le massage on les distend artificiellement. Au

bout de quinze jours, le malade marche déjà mieux, il peut même se passer de sa canne. Le 2 juillet il cesse le traitement bien que nous insistions pour qu'il le continue encore quelque temps. A ce moment, il marche assez bien ; peut fléchir le pied sur la jambe, la jambe sur la cuisse. Il ne boite plus que d'une manière insignifiante.

### Obs. CLI

*Contracture et atrophie de plusieurs muscles du bras, en particulier du biceps, consécutives à une carie de l'humérus gauche. — Massage. — Extension forcée. — Amélioration.*

Mlle P..., 14 ans, a été atteinte il y a 3 ans, d'une carie de l'humérus gauche suivie d'un raccourcissement prononcé du membre et d'une atrophie des muscles des régions antérieure et postérieure du bras, surtout du biceps. En prenant ce muscle entre les doigts à travers la peau, on reconnaît qu'il présente à peine la moitié du volume de son congénère du côté sain; il a perdu son élasticité, est plus dur qu'à l'ordinaire et presque aplati : il est probable qu'il est en état de contracture organique. Le brachial antérieur est le siège d'une contracture de même nature; l'avant-bras est fléchi sur le bras à 120° environ ; il est impossible de l'étendre au-delà de cette limite ; la flexion se rapproche de la normale. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont libres ; sauf celui d'avant en arrière. Rien dans l'articulation radio-carpienne ni dans les mouvements des doigts.

Massage énergique de tous les muscles de la région antérieure de l'avant-bras et du biceps. Extension passive énergique de manière à vaincre la résistance des muscles contracturés. Après un traitement de 3 mois, on constate l'état suivant : Le biceps a augmenté notablement de volume, il fait maintenant

sous la peau une saillie comparable à celle du côté sain ; sa consistance est normale; la malade peut étendre le bras jusqu'à 150°. L'extension passive peut être portée à 160° et même au-delà. Il est difficile d'espérer une restitution complète ; il est probable que l'olécrâne hypertrophié sous l'influence de l'irritation de voisinage ne peut plus entrer dans la cavité placée sur la face postérieure de l'humérus ; tous les mouvements présentent l'énergie nécessaire.

On recommande à la malade de faire fréquemment des mouvements actifs avec son bras (72 séances en tout). Outre la contracture des muscles, il est possible qu'il y eût une rétraction de la partie antérieure de la capsule ; dans ce cas, l'extension forcée aurait notablement contribué à la vaincre.

Dans un cas observé par M. Berghman [1] la contracture était peu importante, il n'y avait qu'une légère flexion des dernières phalanges des doigts ; en revanche, les fléchisseurs étaient atrophiés. La cause de tout avait été un rhumatisme articulaire aigu portant sur les articulations de l'épaule, du poignet et des doigts. L'auteur attribue l'atrophie à un processus dégénératif propre au tissu musculaire. Il est possible pourtant que l'immobilisation forcée qui dura trois semaines dans son cas ; que la position donnée aux deux avant-bras aient été pour quelque chose dans l'atrophie et la contracture puisqu'il n'y avait rien du côté du système nerveux. Ce fait fournit un argument en faveur du massage ; avec lui on

1. *Hygiea*, 1874. Svensk. Läkaresällsk. Forhandl. p. 212.

réussit à modifier assez avantageusement la nutrition des muscles pour guérir l'atrophie et la contracture.

Il se fait parfois dans les conditions où se produit la contracture des véritables paralysies. C'est alors que la doctrine de Hueter trouve son application. La paralysie comme la contracture peut aboutir à l'atrophie ; mais celle-ci se développe souvent d'emblée dans les arthropaties articulaires. En faisant des injections de liquide dans les synoviales M. Valtat a réussi à la provoquer sans difficulté ; c'est d'habitude dans les muscles péri ou para-articulaires qu'on l'observe : elle porte de préférence sur ceux qui servent à l'extension. L'atrophie du deltoïde n'est pas rare à la suite des affections de l'articulation scapulo-humérale ; lorsque la hanche est prise ce sont les muscles fessiers qui souffrent le plus souvent ; après les maladies du genou on voit fréquemment, l'atrophie du triceps fémoral. Comme l'a fait remarquer justement Vulpian c'est au dessus des jointures que l'accident se produit. Il est difficile dans bien des cas de parler dans l'étiologie de repos prolongé, de rattacher les phénomènes observés à des atrophies par manque d'usage. Les doctrines proposées à propos des contractures trouvent leur application dans ces cas comme on pourra le voir dans presque tous les exemples qui vont suivre.

Obs. CLII (*Berghman.*)

*Atrophie des fléchisseurs des doigts à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu (main en griffe). — Massage. — Guérison.*

Un malade âgé de 44 ans, militaire de profession, dit qu'il a toujours joui d'une excellente santé. Au mois de décembre dernier, il se refroidit à la suite d'un bain de vapeur et eut presque aussitôt un rhumatisme articulaire aigu accompagné d'une fièvre très forte. Les articulations des genoux, des épaules et des mains étaient surtout prises. Au bout de 3 semaines, les douleurs articulaires disparurent. La mobilité était satisfaisante ; cependant le malade ne pouvait fléchir ni les doigts ni les mains, qui étaient, disait-il, comme paralysées. Pendant 3 semaines on eut recours à l'électricité sans résultat, au contraire l'anomalie augmenta. Le malade s'adresse à M. Berghman sur le conseil de son médecin ordinaire le Dr Schragerström, 7 semaines après le début des premiers accidents. Les mains étaient livides et froides ; il y avait un notable degré d'atrophie des muscles de la face palmaire. Cette atrophie portait surtout sur les interosseux. Les doigts présentaient la rétraction caractéristique de l'atrophie musculaire progressive (main en griffe). La mobilité passive des articulations des doigts et de la main n'était pas altérée : au niveau de l'avant-bras, légère atrophie des fléchisseurs. L'extension des doigts et de la main était normale, la flexion à peu près nulle. La sensibilité était conservée mais légèrement diminuée vers l'extrémité des doigts. La contractilité électrique était un peu diminuée dans les muscles atrophiés. Rien du côté du système nerveux central. L'auteur en conclut que l'on avait affaire à une atrophie de cause périphérique ayant pour origine un processus rhumatismal avec tendance aux métamorphoses régressives. Le

massage des filets nerveux et des muscles atrophiés fut suivi d'une amélioration notable ; le malade pouvait tenir son couteau et sa fourchette pendant le repas ce qui lui était impossible auparavant; au bout de 5 semaines il essaya d'écrire et réusssit mal. Au début son écriture était indéchiffrable ; peu à peu tout s'améliora, la force augmenta ; après 4 mois de traitement, le malade pouvait faire sa correspondance, écrire des lettres de quatre pages, s'habiller, etc. Le médius, l'annulaire et l'auriculaire avaient repris leur force ; il y avait toujours un peu de difficulté dans les mouvements du pouce et de l'index de sorte que le malade se boutonnait difficilement. Le volume des muscles avait notablement augmenté et l'on avait tout lieu d'espérer qu'ils redeviendraient normaux au bout de quelque temps. Les téguments avaient la température ordinaire.

## Obs. CLIII

*Atrophie des muscles de la cuisse consécutive à une hydartrose du genou. — Relâchement de la synoviale. — Massage. — Guérison.*

M. D..., 32 ans. Ce malade eut il y a 6 ans un épanchement assez abondant dans le genou gauche qui l'obligea de garder le lit pendant 3 mois. Cet épanchement s'était produit sans causes déterminantes connues ; on le traita par des applications de pointes de feu au voisinage de la jointure. Les douleurs locales cédèrent à cette médication mais le séjour au lit l'affaiblit notablement à tel point que quand il se leva de nouveau, la marche était impossible ; il ne pouvait s'appuyer sur la jambe du côté malade et l'autre était trop faible pour soutenir à elle seule le poids du corps. Ne put marcher qu'avec des bé-

quilles. Grâce à plusieurs cures thermales successives, il se produisit une amélioration marquée de l'état général. Depuis l'automne de 1884 ce malade peut marcher même sans s'appuyer sur une canne. Cependant la jambe est affaiblie à tel point que pour marcher, il est obligé de se serrer aussi fortement le genou qu'il peut l'être avec un bandage roulé, mais la jambe est vite fatiguée et il ne peut faire que des marches de peu de durée. Pendant un an, électrisation, amélioration légère ; malgré tout, la jambe n'est pas assez forte pour que dans la marche il puisse sérieusement s'appuyer sur elle. Ce malade, qui était officier dans l'armée anglaise, fut obligé de donner sa démission. Il me fut adressé au mois d'octobre 1887 par un confrère de Londres : voici dans quel état il se trouvait à ce moment.

Etat général excellent. Le genou gauche est notablement plus volumineux que le droit ; la tuméfaction est rendue plus apparente encore par l'atrophie marquée des muscles de la cuisse. Pas d'épanchement articulaire : relâchement de la capsule ; le déplacement de la rotule en tous sens peut se faire dans des limites plus étendues qu'à l'état normal, les ligaments articulaires sont allongés ; l'amplitude des mouvements de latéralité et de rotation qu'on peut imprimer à la jambe est notablement plus considérable qu'à l'état normal. En immobilisant le genou avec la main de manière à l'empêcher de plier, on constate la tendance à la rotation en tous sens que nous avons indiquée (genou de polichinelle). Le malade a conscience de cette instabilité qui rend sa marche essentiellement incertaine et lui donne la crainte de tomber à chaque pas qu'il fait ; la musculature de la cuisse est flasque. Lorsque le malade est assis et que le genou est immobilisé il est incapable d'opposer la moindre résis-

tance lorsqu'on étend sa jambe. Pas de sensibilité à la pression sur le genou. Pas de douleurs, sauf à la suite des marches prolongées ; se fatigue très vite. Difficulté pour se lever et se mettre en marche particulièrement pour monter les escaliers. Outre les médications indiquées, ce malade a pris des douches locales à haute pression ; il a été massé pendant deux mois sans résultat.

Massage énergique du genou et de la cuisse ; j'espère obtenir grâce à ce moyen une rétraction de la capsule et une amélioration de la nutrition des tissus périarticulaires. Après 6 semaines de traitement le malade est plus solide sur sa jambe et peut marcher plus longtemps qu'auparavant. Au bout de 3 mois, il marche sans bandage. Le traitement est suspendu après 4 mois 1/2. A ce moment l'amélioration est considérable, il peut faire de longues promenades et n'éprouve plus de difficulté qu'en montant les escaliers ; la capsule est presque revenue sur elle-même. Les mouvements passifs de la jambe sur la cuisse sont à peu près normaux, l'atrophie des muscles n'existe plus. Pendant le dernier mois du traitement, a pu résister convenablement aux mouvements de flexion et d'extension imprimés à la jambe.

### Obs. CLIV

*Atrophie des triceps fémoraux. — Hydartrose dans les deux articulations fémoro-tibiales. — Relâchement des ligaments articulaires. — **Massage. — Guérison.***

Mlle N., 23 ans, du Brésil, tombe dans un escalier au mois de juin 1888 ; le genou gauche heurte violemment le bord d'une marche. Un peu soulagée après une saison à Aix. L'automne dernier, elle fut traitée à Paris par des pointes de feu, le traitement fut continué dans son pays ; soulagement temporaire.

Au mois de janvier dernier, douleurs assez fortes dans le genou. Peu à peu la tuméfaction augmenta ainsi que la sensibilité à la pression ; elle cessa de pouvoir marcher et fut obligée de s'aliter ; quelques jours plus tard, épanchement dans le genou droit plus abondant que dans le gauche, on ne notait du côté de celui-ci aucune tendance à l'amélioration ; ponction et injection phéniquée à la suite. Tout alla bien pendant une quinzaine de jours, mais l'épanchement se reproduisit graduellement sans être aussi abondant que la première fois. A sa rentrée à Paris, badigeonnages à la teinture d'iode sans résultat, puis électricité. Je vis cette malade dans les premiers jours du mois de mai. Elle se plaignait d'une grande difficulté pour monter les escaliers ; aussi lorsque après être restée assise pendant quelque temps, elle voulait se lever et partir, elle n'y réussissait qu'avec beaucoup de peine, le genou droit est le plus raide et le plus douloureux. Lorsque cette malade a marché un peu, ses genoux commencent à la faire souffrir et elle est obligée de se reposer ; si elle persiste à marcher la douleur devient plus vive et s'accompagne de tuméfaction. La danse est depuis longtemps complètement impossible. Il y a de l'épanchement dans les deux genoux, mais pas assez pour expliquer la vivacité de la douleur. La capsule est élargie surtout du côté droit. Le mouvement de latéralité de la rotule est un peu exagéré. Atrophie des triceps fémoraux des deux côtés, plus prononcée à droite. Ils ont à peu près conservé leur volume, mais sont d'une grande flaccidité. Lorsque la malade est assise, c'est à peine si elle peut tenir ses jambes légèrement élevées pendant quelque temps ; résistance presque nulle aux mouvements communiqués.

*Massage.* Après 3 semaines de traitement, les jambes sont plus solides ; la tuméfaction disparaît. Le tonus revient dans

les muscles atrophiés. Après 2 mois elle peut faire sans se fatiguer de longues courses à pied et même danser. La force des muscles est presque normale.

### Obs. CLV

*Atrophie des muscles de la fesse et de la cuisse. — Périarthrite du genou. — Arthrite chronique consécutive à une hydartrose ancienne de l'articulation coxo-fémorale gauche. — Massage. — Guérison.*

M. D. vient me consulter la première fois au cours de l'automne de l'année 1886. Il boîte fortement et se plaint de douleurs dans la hanche et le genou gauche. Léger épanchement dans l'articulation coxo-fémorale (rhumatismal ?) Douleurs du genou pendant la marche. Rien à l'examen de la jointure. Application de divers révulsifs locaux depuis 4 ans sur la hanche et le genou, sans résultat. A mon premier examen je trouve : 1° une atrophie des muscles de la région fessière gauche ; 2° Atrophie des muscles de la cuisse surtout du triceps : ce malade a été immobilisé pendant quelques semaines dans une gouttière en 1885. Lorsqu'on l'enleva, il put marcher très difficilement.

Massage de l'articulation coxo-fémorale gauche possible par suite de la maigreur du malade. Au bout de 6 semaines, pas de douleur même dans la marche.

Massage de tous les muscles atrophiés ; ceux de la région fessière ont repris en peu de temps leur tonus normal. Progrès lents malgré les mouvement passifs. Douleurs persistantes du genou ; deux points douloureux à la pression de chaque côté du tendon rotulien, l'interne correspondant au point d'attache inférieur du ligament latéral interne, ces points douloureux

résultent probablement de tiraillements produits par l'atrophie des muscles. Guérison après neuf semaines de massage de la cuisse, plus de douleur, mais seulement un peu de fatigue après une marche prolongée, les muscles ont presque repris leur volume; six mois plus tard la guérison n'avait fait que s'accentuer.

Un fait ressort manifestement de ce que nous avons dit et des cas que nous avons rapportés : toujours, quel que soit le phénomène prédominant, la nutrition du muscle est intéressée. Peu importe le mécanisme ; que l'état général entre pour une part sérieuse dans les accidents ; que l'atrophie et la contracture se soient produites par voie directe ou par voie réflexe, nous pouvons intervenir avec avantage et grâce à une médication locale conduite avec persévérance, améliorer la nutrition du muscle ; c'est ce que nous tenions à établir.

Avant de m'appliquer exclusivement au massage, j'ai fait l'électrothérapie seule dans les atrophies musculaires ; je n'ai pas eu à m'en louer, c'est parfois un utile adjuvant, mais j'attribue toujours la plus grande part du succès au massage, avec lui seul j'ai guéri très vite des cas dans lesquels l'électricité ne m'avait presque rien donné. On aurait tort cependant de compter qu'il en sera toujours ainsi, dans les atrophies de vieille date, surtout dans celles qui sont consécutives aux tumeurs blanches. Chez les vieillards, la patience

est indispensable. Il ne faut pas craindre les manipulations un peu énergiques, frottements, malaxations, tapotements; les mouvements passifs sont nécessaires. Une des meilleures manœuvres consiste à faire exécuter au malade des mouvements actifs auxquels on résiste. Lorsque l'atrophie est arrivée à un certain degré, ces mouvements sont si faibles qu'ils n'ont aucun avantage : il faut masser d'abord pour augmenter un peu la nutrition et la vitalité des muscles. On fera bien de masser aussi les nerfs et de combiner aux autres manipulations les pressions digitales dont nous avons parlé ailleurs, en s'orientant d'après le trajet et la position du nerf. Pour apprécier les résultats du traitement, il faut faire des mensurations répétées, mais les faire exactement au même niveau et avoir soin de ne pas serrer le mètre plus fort d'un côté que de l'autre.

Les résultats sont moins favorables dans les contractures et les atrophies tenant à une affection des centres nerveux que dans celles qui sont consécutives à une altération périphérique des articulations, des os ou des muscles.

## § 2. — Affections des gaines des tendineuses

Téno-synovites proprement dites avec ou sans grains riziformes. — Ganglions, affections des bourses muqueuses sous-cutanées plus ou moins en rapport avec les téno-synovites.

Les synoviales péritendineuses ressemblent, par leur structure et leurs fonctions aux synoviales articulaires ; leurs affections sont à peu près les mêmes.

La synovite à grains riziformes seule a paru longtemps faire exception ; c'est à peu près la seule dans laquelle le massage ne donne rien. J'ai obtenu parfois des améliorations quand j'ai commencé de très bonne heure ; elles ont été temporaires et il a toujours fallu recourir en dernier ressort à une intervention chirurgicale. Si les recherches de Carré sont confirmées cette persistance de la maladie s'expliquerait, car elle serait de nature tuberculeuse [1].

Au voisinage des articulations carpiennes et carpo-métacarpiennes on trouve souvent de petites tumeurs bien limitées appelées ganglions ; elles contiennent une substance liquide gélatiniforme. Ces kystes sont des diverticules de la synoviale carpienne ou des synoviales tendineuses des extenseurs. Lorsque la maladie est récente et que la paroi kystique ne présente point une épaisseur exagérée, on peut les guérir définitivement par le massage. Trop souvent on a eu

1. *Beitr. f. Klin. Chir.* Bd. VIII, H. 2.

recours d'abord à divers traitements dont le résultat le plus net a été une augmentation de volume de la paroi. L'écrasement du sac avec le poing ou un marteau, sa discission ont pour conséquence l'épanchement du contenu dans le tissu cellulaire ambiant où il se résorbe ; la solution de continuité se cicatrise, le ganglion se referme et il continue à secréter comme auparavant. Le massage fait après la discission ou l'écrasement conduit presque sûrement à la guérison.

### Obs. CLVI

*Ganglion de la face dorsale du poignet. — Massage. — Guérison.*

A. J., 16 ans, a sur la face dorsale de la main droite un ganglion qui rend le mouvement de flexion de la main difficile et douloureux et l'empêche de jouer du piano, sa consistance est dure. Il a le volume d'une amande, ses parois semblent minces. Frictions légères le long du tendon de l'extenseur et pressions plus énergiques sur la tumeur avec les deux pouces. Au bout de 16 séances, elle a complètement disparu. Plus de douleurs dans les mouvements ; pas de récidive après 6 mois.

Parfois la maladie est plus rebelle ; on guérit, mais on ne prévient pas les récidives. De tels faits se présentent, lorsqu'il existe une prédisposition héréditaire manifeste, comme la chose est arrivée dans un cas observé chez Mezger par MM. Berghman et Helleday.

### Obs. CLVII

*Synovites de plusieurs gaînes tendineuses du poignet. — Prédisposition héréditaire. — Massage. — Guérison. — Récidive.*

Un vieux prêtre se plaignait d'une sensation de fatigue très pénible dans les doigts, lorsqu'il avait écrit pendant quelque temps, de telle sorte qu'il ne pouvait plus tenir la plume. Rien de comparable à la crampe des écrivains ; rien du côté des articulations ni des nerfs. Sur le trajet des gaînes tendineuses, du long extenseur du pouce, de l'extenseur propre de l'index, du long abducteur et du court extenseur du pouce on trouve une saillie formant à la partie inférieure de l'avant-bras une tumeur élastique douloureuse à la pression ; il était même extrêmement difficile à distinguer de son voisinage le tendon tuméfié. Le cas avait été déjà traité par Mezger, il avait récidivé. On doit admettre que ce malade présentait une susceptibilité spéciale du côté des gaînes tendineuses. Deux membres de sa famille avaient été atteints de la même affection. La tuméfaction portait même sur le poignet gauche quoique le malade n'écrivît jamais avec cette main.

Nous donnons ici quelques faits un peu plus rares parce qu'ils intéressaient des muscles du membre inférieur ; dans l'un d'eux, emprunté à M. Drachmann, la synoviale tibio-tarsienne était prise en même temps que celle des gaînes de la face plantaire.

### Obs. CLVIII

*Synovite aiguë traumatique de la gaîne des fléchisseurs des doigts. — Massage. — Guérison.*

M. T., 27 ans, employé, éprouve en appliquant un cachet à

timbre humide une vive douleur dans la paume de la main ; le soir la douleur augmente, les doigts sont contractés. Cette contracture intéresse surtout l'annulaire et le médius ; le pouce est épargné. Tentatives d'extension très pénibles. Lors de mon premier examen je trouve une contusion manifeste de toute la face palmaire de la main ; sugillations sanguines nombreuses, douleurs au moindre contact. L'inflammation paraît s'étendre à la première articulation phalangienne de l'annulaire et du médius. Depuis trois jours, tout travail était impossible ; le malade ne pouvait même pas saisir le moindre objet. Un peu de fièvre : sommeil impossible, la douleur se propage jusqu'au coude en suivant le trajet des muscles. Applications froides et badigeonnages iodés sans effet. Massage très douloureux, dès le premier jour une partie des mouvements des doigts sont restitués : ils étaient presque normaux au bout d'une semaine. Il ne restait plus qu'une douleur à la partie supérieure de l'avant-bras correspondant au trajet des fléchisseurs des doigts, qui probablement avaient été atteints secondairement. On en eut raison après quatre nouvelles séances de massage. Pendant tout le temps du traitement le malade avait dû exécuter des mouvements actifs et, à chaque séance, j'avais fait faire des mouvements passifs un peu plus étendus ; à la fin du traitement il ne restait plus qu'un peu de raideur qui disparut spontanément en quelques semaines.

## Obs. CLIX

*Synovite tendineuse spontanée de la gaîne du biceps fémoral. — Massage. — Guérison après 8 semaines.*

Mlle P., 18 ans. Se plaint au commencement du mois de anvier dernier qu'elle éprouve dans le genou droit une sensa-

tion de fatigue plutôt qu'une douleur vraie, toutes les fois qu'elle fait une promenade à pied prolongée et qu'elle est obligée de rester un peu longtemps debout. Cet engourdissement a son maximum au niveau du creux poplité et se continue sur le côté postéro-externe de la cuisse suivant le trajet du biceps. Mouvements passifs non douloureux, sauf celui d'extension exagérée, qui est accompagné d'une sorte de crépitation. Pas d'épanchement dans la cavité du genou.

A la pression par le doigt, douleur assez vive sur le bord externe du creux poplité, marquée surtout quand on approche de la tête du péroné. A cet endroit, une pression un peu forte arrache des cris à la malade. Badigeonnages iodés et immobilité rigoureuse ; pas de résultat.

Massage (très douloureux). Après la première séance, amélioration notable. Peut danser le soir sans trop de difficulté. Le lendemain, malgré cet exercice, l'amélioration est plus prononcée que la veille. Guérison complète après la huitième semaine.

### Obs. CLX (Drachmann).

*Synovite de la gaîne des fléchisseurs des orteils et hydartrose tibio-tarsienne. — Massage. — Guérison.*

M. K., pharmacien, âgé de 33 ans, vient consulter le Professeur Drachmann le 10 mai 1873. Depuis plusieurs mois, il a de la douleur et de la tuméfaction des deux articulations tibio-tarsiennes, ce qui lui rend la marche très difficile. Épanchement au-dessous de la malléole externe du côté gauche. Sensibilité au niveau de la plante du pied. Après deux jours de massage tous ces symptômes ont diminué et la marche est devenue plus facile. L'épanchement disparait après un traitement de quelques jours.

Les téno-synovites isolées ou combinées à des affections articulaires sont pénibles et fatigantes. Quand elles ont une origine traumatique, on les guérit assez rapidement ; un traitement de 8 à 14 jours suffit ; si le cas est plus ancien, il faut parfois des semaines.

Les maladies de la bourse séreuse du tendon d'Achille ont été mal étudiées jusqu'à ce jour. On sait que cette bourse est souvent prise dans la blennorrhagie mais on ne s'occupe pas des autres affections qui peuvent l'intéresser.

D'après sa situation anatomique elle nous paraît présenter une importance plus sérieuse que celle que lui réservent les ouvrages classiques.

« A l'insertion du tendon d'Achille, à la partie postérieure du calcanéum, dit M. le Prof. Richet, il existe entre lui et la partie supérieure de l'os une petite bourse séreuse. La partie la plus étroite, la plus ramassée du tendon, répond précisément au sommet de la courbe qu'il décrit, c'est-à dire à 3 ou 4 cent. au-dessus du bord supérieur du calcanéum : c'est là qu'il se rompt et c'est là aussi qu'il faut en faire la section à moins de contre-indications spéciales. Il est entouré en avant et sur les côtés par un tissu cellulo-graisseux très abondant ; en arrière, il est recouvert seulement par les téguments qui glissent aisément sous lui d'où la possibilité d'insinuer facilement le ténotome entre lui et la peau.

Au-dessous de cette couche cellulo-graisseuse, qui n'a pas moins d'un centimètre d'épaisseur, on rencontre la face postérieure du tibia, la synoviale et l'interligne articulaire [1] .»

Si la bourse indiquée est insignifiante par son volume, elle est en rapport avec une atmosphère cellulo-graisseuse très susceptible d'inflammation. Il existe une synovite de la bourse séreuse du tendon d'Achille, restant rarement localisée, souvent méconnue et plus souvent mal traitée. Généralement, elle débute sans cause connue, à l'improviste ; les malades n'éprouvent pas des douleurs, mais une sensation de gêne et de fatigue ayant son maximum au niveau de l'insertion du tendon. Le tissu cellulo-graisseux du voisinage devient le siège d'une infiltration plus ou moins dure. Les bords du tendon, si marqués chez les personnes peu chargées d'embonpoint, s'émoussent et deviennent invisibles ; il n'y a qu'un moyen de remédier sûrement et rapidement à tout cela, le massage.

1. *Traité d'anatomie chirurgicale.*

### Obs CLXI

*Synovite de la bourse placée au-dessous du tendon d'Achille. — Propagation au tissu cellulo-adipeux du voisinage. — Massage. — Guérison.*

Mme B., 42 ans, souffre depuis quelques années de douleurs rhumatoïdes intenses surtout dans les membres supérieurs, dont elles entravent plus ou moins les mouvements.

Depuis 3 mois environ, douleur au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. Depuis six semaines le gonflement limité d'abord à la partie inférieure de la jambe s'est étendu, et il existe un véritable bourrelet au-dessus du cou de-pied ; gène notable des mouvements par suite du volume de la jambe et de la tension des tissus.

Massage très douloureux au début et très difficile à cause de l'abondance de l'infiltration. Au bout de 15 jours, amélioration notable, disparition complète de l'œdème le 18e jour.

Dans l'inflammation des bourses muqueuses situées dans différentes régions du corps, le massage m'a toujours donné de bons résultats. J'ai eu souvent à traiter celles de la fosse poplitée, de la patte d'oie, du voisinage de la tête du péroné. Elles sont prises quelquefois isolément ; mais elles le sont le plus souvent lorsqu'il existe des épanchements dans les articulations fémoro-tibiale ou péronéo-tibiale supérieure ; je ne partage point le pessimisme de quelques confrères prétendant qu'on n'aboutit à rien par le massage.

## CHAPITRE VII

### Massage dans les affections du système nerveux

Nous avons vu qu'au commencement du siècle le massage avait été employé comme anesthésique ; il y a trente ans que Meding s'en est servi pour la première fois dans la crampe des écrivains. Si les observations que le hasard avait fournies étaient devenues le point de départ de recherches nouvelles nous saurions aujourd'hui à quoi nous en tenir sur la valeur du procédé, sans être obligés de soumettre à une analyse laborieuse, les documents fournis par la littérature ; il n'en a rien été. Les tentatives antérieures ont été si isolées, si oubliées que le massage n'est même pas compté parmi les adjuvants des médications ordinaires du système nerveux. « Le hasard voulut, dit M. Schreiber, que le docteur Blachez me montrât un jour dans son service à l'hôpital Necker un malade souffrant depuis 2 mois 1/2 d'une

sciatique double qui avait résisté à tous les traitements, de telle sorte qu'il ne pouvait se tenir sur les jambes. Le pauvre diable couché constamment sur le ventre était tourmenté par les plus violentes douleurs. « Que faites-vous à Vienne dans des cas aussi rebelles me demanda le chef de service. — Nous essayons le massage et l'exercice musculaire. — Le malade est à votre disposition si vous voulez bien vous occuper de lui.

Je saisis avec joie l'occasion ; les externes me demandèrent même de leur apprendre la méthode.

Au bout de 14 jours, le patient, qui jusque-là ne pouvait pas quitter le lit, fut en mesure de se lever, de descendre et de monter les escaliers ; il se promena bientôt plusieurs heures dans le jardin et reprit ses travaux de maçon » [1].

Nous passerons successivement en revue les affections générales du système nerveux, puis celles des centres, enfin celles des nerfs périphériques.

## § 1er — MASSAGE DANS LES NÉVROSES

1° *Hystérie.* — Le Massage est un facteur de médications plus générales; premières applications faites par Récamier. — Coup d'œil sur la méthode de Weir Mitchell.

Le traitement de cette névrose ou plutôt d'une par-

1. *Das medicinische Paris.* Wien, 1883.

tie de ses symptômes par le massage a été tenté plus d'une fois ; il est difficile de dire quels résultats ont été obtenus. Lorsqu'on parle des médications de cette nature, il n'y a pas de milieu entre l'enthousiasme et la défiance qui ne voit dans les faits publiés que des réclames. Il paraît cependant que les manipulations thérapeutiques ont eu assez d'avantages dans les manifestations douloureuses de l'hystérie pour que des médecins ou des chirurgiens très sérieux en aient tenu compte.

« Je fus consulté il y a bien des années, dit Brodie, par une jeune dame pour une maladie douloureuse du cou-de-pied, dont je ne pus, à cette époque, comprendre la nature, mais qui, je le reconnais aujourd'hui, n'était qu'une névralgie hystérique ; elle reçut les soins de plusieurs autres chirurgiens qui ne connurent pas mieux la maladie et ne lui procurèrent aucun soulagement. A la fin, vaincue par la douleur et ayant appris qu'un individu obtenait des cures merveilleuses par l'emploi des bains de vapeur et du massage, elle courut à Brighton pour y essayer ces remèdes ; la première séance lui procura un soulagement manifeste, la seconde la guérit complètement. Depuis elle m'a consulté pour une maladie nerveuse du bras et de l'avant-bras. »

Peu après la publication de ces lignes, le massage fut essayé en France par Récamier contre les contrac-

tures hystériques ; on parle encore vaguement de ses expériences ; on croit même que Récamier entrevit dans un éclair de génie toute une méthode et le parti qu'on pouvait en tirer; rien n'est moins exact. il a publié un mémoire sur le massage, mais le titre indique qu'il avait en vue surtout des processus hystériformes opiniâtres contre lesquels des traitements variés n'avaient pu rien ; il n'a songé ni à systématiser, ni à discuter. Le travail auquel nous venons de faire allusion, parle de l'hystérie et de bien autre chose : des contractures musculaires, de la compression abdominale dans certaines variétés de colique, des fissures à l'anus. Il faudrait citer de longs passages, si l'on voulait faire l'historique des opérations pratiquées contre celle-ci à notre époque.

On serait injuste en laissant ce mémoire de côté en se bornant à mentionner le nom de l'auteur. Récamier avait compris que le massage et les mouvements passifs sont d'excellents moyens contre les contractures hystériques. Sa première observation le prouve. La malade était une jeune fille de 18 ans ayant présenté des accidents si caractéristiques qu'il était difficile de se méprendre sur la nature du mal dont elle souffrait.

« Fatiguée, dit Récamier, de l'opiniâtreté de la constipation et de la rétention d'urine, qui obligeaient

à la sonder deux fois par jour, j'examinai l'état du rectum. Cet intestin ne contenait pas de matières endurcies, mais son sphincter était très serré ; je le dilatai ; la douleur que je causai cessa immédiatement et les garde-robes devinrent plus faciles. Ce premier résultat me conduisit à masser le col de la vessie contre le pubis, au moyen du doigt porté dans le rectum, et la rétention d'urine cessa comme la constipation. Ces deux succès me firent alors rapprocher la contracture des membres gauches de celle des sphincters et je résolus de vaincre avec mesure la résistance des muscles contractés depuis si longtemps d'une manière permanente en agissant comme dans les temps ordinaires. L'examen le plus attentif des membres affectés m'y fit reconnaître une sorte d'hypertrophie musculaire athlétique relativement au volume de la personne. Je commençai par le bras et ce ne fut pas sans de grandes difficultés que je surmontai peu à peu, tantôt par des efforts continus, tantôt par des efforts en cadence, la résistance qu'opposaient les muscles extenseurs de l'avant-bras à sa flexion, les muscles des doigts à leur extension, et ceux de l'épaule et du bras au mouvement de cette partie sur l'épaule. A force de patience, ce bras fut fléchi, les mains ouvertes et le bras éloigné du corps ; alors, saisissant la main, j'agitai le membre en imitant le mouvement du sonneur de cloches. Aussitôt cette jeune fille recouvra et con-

serva la liberté du bras gauche, non sans avoir éprouvé les douleurs les plus vives pendant les efforts qu'avait demandés l'opération, mais avec la circonstance qu'elles cessèrent instantanément aussitôt que la résistance musculaire eût été vaincue. »

Dans les conclusions de son mémoire Récamier déclarait 1° qu'on doit distinguer, pour le traitement, les spasmes ou contractures musculaires qui ne partent pas du système nerveux, mais constituent une lésion directe des fonctions contractiles des organes musculaires soumis ou non soumis à la volonté, c'est-à-dire sous la dépendance du système nerveux cérébro-spinal ou ganglionnaire.

2° Dans les contractures musculaires idiopathiques, dans les torticolis, dans les dyspnées, dans les coliques spasmodiques, dans les spasmes permanents des sphincters, l'extension, la compression, les ventouses et le massage surtout cadencé, semblent devoir suffire au traitement, comme à celui des crampes ordinaires. »

Ces résultats excitèrent l'enthousiasme de Cayol ; il ne se borna point à donner à l'article de Récamier l'hospitalité dans la feuille qu'il dirigeait ; mais il prit soin d'attirer l'attention du public dans une note et de lui apprendre qu'il avait déjà réussi lui-même à tirer parti des moyens préconisés :

« Tout médecin, disait-il, versé dans l'observation

et le traitement des maladies nerveuses, qui a connu par expérience la difficulté de découvrir les modificateurs appropriés aux diverses formes de ces anomalies de l'innervation, si variées, si bizarres, et quelquefois si compliquées, se sentira comme frappé d'un trait de lumière en considérant avec attention les faits rapportés dans cet article. Depuis que nous avons eu connaissance de ces faits, nous avons déjà fait quelques expériences sur le massage cadencé avec un succès remarquable notamment dans un cas de constriction de l'anus, et dans un cas de gastralgie opiniâtre [1]. »

Il faut avouer que si le principe avait du bon les muscles contracturés étaient parfois singulièrement choisis. Pour faire accepter le massage du col de la vessie par le rectum, l'autorité de Récamier n'était pas de trop. Accepter, c'est beaucoup dire, car le procédé fut proscrit par des médecins de la plus grande valeur : « Nous n'hésitons pas à blâmer énergiquement une pareille méthode, écrivait Landouzy, et parce que les moyens simples suffisent ordinairement contre cet accident, et par d'autres considérations faciles à deviner, tirées de ce mode de massage en lui-même et surtout des personnes aux-

1. Extension, massage et percussion cadencée dans le traitement des contractures musulaires. *Revue méd. française et étrangère*, janvier 1838, p. 71.

quelles il doit le plus habituellement s'appliquer [1]. »

Il y a quelques années seulement que le traitement de l'hystérie par le massage a été repris en Amérique, il a eu pour défenseur un savant dont le nom fait autorité dans tout ce qui touche à la physiologie et à la pathologie du système nerveux, M. Weir Mitchell. Il n'y a de commun que le nom entre ses procédés et celui de Récamier M. Mitchell ne s'adresse point aux mêmes organes; il ne vise pas le même but; la contracture musculaire, si elle existe, n'est ni une indication ni une contre-indication; c'est à la névrose elle-même qu'il s'attaque, persuadé que s'il peut la guérir, toutes les calamités accessoires disparaîtront. Le premier travail dans lequel M. Mitchell a parlé de son traitement de l'hystérie est intitulé : *La graisse et le sang*, titre capable de nous renseigner *a priori* sur la doctrine de l'auteur. C'est à l'économie entière, aux échanges organiques qu'il s'en prend. Il voit chez l'hystérique une personne dont tous les tissus souffrent, dont le système nerveux est incapable de remplir son rôle parce qu'il est épuisé et comme dérouté au milieu d'un organisme épuisé lui-même. Pour rétablir les choses dans l'état normal, il faut absolument soustraire les malades aux impressions extérieures capables d'agir défavorablement sur leur état

1. De l'hystérie, 2e édition 1848, p. 314.

et par conséquent les isoler ; les alimenter de telle sorte qu'ils reprennent l'embonpoint perdu, puis favoriser la digestion et l'assimilation de cet excès de substance ingérées et c'est alors que le massage entre en jeu. On est en présence d'une valétudinaire émaciée à laquelle le moindre mouvement cause d'indicibles douleurs. On veut la mettre dans un état de santé florissant et pour cela on suppose hardiment le problème résolu ; dès le premier jour on a soin de faire activer par un masseur ou une garde la circulation que le séjour au lit entrave.

J'ai longuement exposé dans la première édition de mon livre la méthode de Mitchell. Il me paraît inutile de reprendre cette exposition ; le massage est un facteur d'un procédé plus général, un adjuvant d'autres moyens qui lui sont égaux et peut-être supérieurs; son étude rentre dans la thérapeutique générale des maladies du système nerveux ; elle n'a rien à voir avec le massage objectif, topique, à indications précises que nous pratiquons ; nous signalons simplement l'hystérie parmi les maladies dans lesquelles les manipulations thérapeutiques peuvent rendre des services, nous ne saurions aller plus loin ; c'est au névrologiste d'envisager le problème comme il doit l'être et à nous renseigner sur leur véritable valeur.

2° *Chorée.* — Combinaison du massage à la gymnastique. — Sa raison d'être. — Incertitude des résultats.

L'application du massage au traitement de la chorée est antérieure aux publications de l'École d'Amsterdam. Dès 1853, M. Laisné avait institué contre cette affection un traitement purement physique dont la gymnastique musculaire constituait la partie principale, le massage l'accessoire. M. Blache, dans le service duquel les tentatives avaient été entreprises, fut si satisfait du résultat qu'il adressait, le 10 avril 1851, à l'Académie de médecine, un mémoire destiné à faire connaître la méthode et à montrer le parti qu'on pouvait en tirer. Trois ans plus tard, M. Parrot publiait sept observations de guérison de chorées rebelles, datant de plusieurs années, par la gymnastique et le massage [1]. D'autres cas ont été rapportés [2].

« Il est clair, disait M. Blache, que les massages et les frictions sont de nature à activer singulièrement l'action du système capillaire de la peau et des tissus sous-jacents, et partant, les phénomènes intimes de la nutrition. »

Voici quelle était la technique suivie par Laisné :

1° Massage général des membres inférieurs, puis

1. *Gaz. des hôpitaux*, 7 janvier 1858.

2. *Gaz. hebdomadaire*, 25 novembre 1864.

celui du dos en insistant sur les gouttières vertébrales, puis celui des membres supérieurs et des parois du thorax.

2° Exercices passifs qui conviennent surtout à la période de la maladie ou la volonté est impuissante à coordonner les mouvements ; le masseur les fait exécuter lui-même.

3° Exercices ou mouvements actifs, volontaires, cadencés ou rythmés par le chant, la baguette, l'exemple d'un instructeur ou moniteur.

Nous n'avons pas à discuter ici la méthode dans son ensemble ; nous nous limiterons, comme nous l'avons toujours fait, aux manœuvres qui constituent le massage. Son emploi était rationnel, les succès l'ont prouvé ; malheureusement il s'agit d'une névrose si complexe, qu'il est difficile de savoir au juste quel élément domine.

M. Bouchut n'a qu'une confiance limitée au massage ; on l'a employé dans son service, sous ses yeux, et les résultats ont été loin d'être brillants. On peut même dire d'une façon générale que si la gymnastique est restée ; que, si elle constitue encore aujourd'hui le traitement le plus populaire de la danse de Saint-Guy, il n'est plus guère question de son adjuvant. Les lignes empruntées au mémoire de M. Blache vous ont montré l'arrière-pensée de ses défenseurs : Comme dans le rhumatisme chronique, la goutte, l'hystérie,

la chlorose, le massage s'adressait surtout à la nutrition. On supposait avec raison, que des accidents nerveux, convulsifs et rebelles n'allaient pas sans épuisement organique, sans anémie; on s'est efforcé, en conséquence, d'améliorer la nutrition et l'hématopoièse.

On est allé beaucoup plus loin en Angleterre; on a laissé au second plan l'élément nerveux. L'amélioration de la nutrition générale est devenue la première des indications. M. J. Goodhart s'est proposé d'y répondre en appliquant la méthode de Weir-Mitchell. Il espère, en rendant l'embonpoint aux petits malades, triompher de l'effarement des nerfs, de l'affaiblissement des muscles et avoir raison d'un même coup, des hyperkinésies et des spasmes. Des expériences ont été faites à Guy et à Evelina Hospital. L'auteur croit que la méthode a de réels avantages; d'après lui, elle produirait :

1° Une augmentation décidée de poids; 2° une disparition rapide des symptômes les plus violents; il est arrivé qu'en deux ou trois jours un enfant, dont les mouvements étaient jusque là hors de tout contrôle, a pu s'asseoir tranquillement dans son lit; 3° le pouls se ralentit et devient plus régulier; 4° le massage est un soporifique puissant[1].

1. The treatment of acute chorea by massage and the administration of nourishment. *The Lancet*, 1882, II, 5 août.

M. Goodhart a surtout traité la chorée pendant la période d'acuité ; il croit que, même dans les ca chroniques, sa méthode peut avoir de sérieux avantages. Comme nous n'avons sur ce point aucune expérience personnelle, nous nous bornons à noter pour mémoire ce qu'il a dit.

## § 2. MASSAGE DANS LES MALADIES DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Il y a longtemps qu'on a pensé à utiliser les manipulations thérapeutiques pour combattre les conséquences des hémorragies ou des ramollissements cérébraux. Ling massait le crâne ; je ne sais pas ce qu'il a obtenu ; je ne sais même pas ce qu'il espérait obtenir. Gerst dit avoir constaté de bons résultats dans la commotion cérébrale, mais comme il existait en même temps une contusion des parties molles, l'amélioration tint probablement à ce que l'on obtint les effets qu'on a dans la plupart des contusions : la résorption de l'épanchement sanguin superficiel et la guérison des accidents qu'il produit.

La plupart des auteurs n'ont nullement essayé de modifier les lésions intra-crâniennes ou d'agir sur la circulation des méninges. Les affections cérébrales ont pour conséquence des paralysies plus ou moins complètes et plus ou moins étendues ; en admettant

que la suppléance s'établisse, que la perte de substance cérébrale consécutive à la formation d'un foyer d'hémorragie ou de ramollissement puisse retentir aussi peu que possible sur les mouvements ; il n'est pas démontré que ceux-ci reprendront l'étendue et l'énergie qu'ils devraient avoir. Pendant la période de paralysie presque complète qui suit l'insultus initial, les muscles subissent la dégénérescence graisseuse et l'atrophie, de telle sorte que si plus tard leur innervation devient relativement bonne, ils ne rendront plus les services qu'ils auraient pu rendre si leur nutrition eût été intacte ; je ne crois pas qu'une médication physique et topique comme le massage puisse aider à la réparation des éléments nerveux lésés, mais l'expérience prouve, qu'il est très utile par rapport aux muscles. Branting et Georgii s'en sont servis avec avantage ; dès 1860, Barnier recommandait dans sa thèse d'agrégation le massage dans les paralysies et les atrophies musculaires. Il n'espérait pas sans doute hâter la résorption d'un foyer d'hémorragie cérébrale, mais rendre les muscles aussi capables que possible de répondre aux incitations arrivant jusqu'à eux, autrement dit de se contracter le mieux possible. Le procédé ne peut nuire en aucun cas ; dans l'observation suivante on a obtenu une amélioration sensible.

## Obs. CLXII

*Atrophie et parésie des muscles du membre inférieur gauche consécutives à une affection cérébrale. — Massage. Légère amélioration.*

Mlle M., 22 ans. Porte dans la partie supérieure de la moitié droite de la région frontale une cicatrice déprimée. Cette cicatrice résulterait d'une plaie que la malade se serait faite à l'âge de 5 ans; il y aurait même eu fêlure osseuse. Les jours qui suivirent l'accident, phénomènes d'encéphalite à la suite desquels il resta une parésie du membre inférieur gauche. Pendant plus de six mois, il fut impossible à la petite malade de se servir de sa jambe; on était obligé de la porter. Peu à peu la mobilité revint, l'enfant put marcher avec un appareil. Courants faradiques pendant un an; ce traitement a été répété à plusieurs reprises depuis ce temps. Bains salés, séjour à Aix, douches locales, badigeonnages iodés, tout cela sans résultat. Des frictions faites par un médecin de campagne paraissent avoir produit un peu d'amélioration.

8 novembre. Voici ce que je constate lorsque je la vois pour la première fois : état psychique tout à fait satisfaisant; développement du pied gauche très défectueux; concavité exagérée de la voûte plantaire. Jambe plus courte que l'autre (pied bot varus équin). De temps en temps, crampes dans le membre malade. Boîte beaucoup, monte difficilement les escaliers, l'atrophie est surtout marquée dans les muscles du mollet qui forment une masse informe sans élasticité. Le courant électrique appliqué sur la jambe est très douloureux et ne provoque pas la moindre contraction; au contraire, sur la

cuisse, son application est suivie de contractions assez faibles. Abaissement thermique local.

Massage très énergique sur les parties atrophiées, surtout sur le mollet, la malade est courageuse et les supporte bien. Je l'engage à marcher le plus possible.

Après 3 mois de traitement, la marche est plus facile ; amélioration dans l'état des muscles.

Il faut garder une grande réserve à propos de l'action du massage dans les affections de toute nature de la moelle épinière. A première vue il paraît indiqué dans la paralysie infantile ; peut-être si on l'appliquait quelques semaines, un mois ou deux au plus après le début des accidents obtiendrait-on quelque chose. On n'en a presque jamais l'occasion ; lorsque nous voyons les malades la phase initiale est passée depuis longtemps ; on nous demande de remédier à l'atrophie à la claudication et aux accidents de même ordre. Il me paraît inutile d'entreprendre un traitement, il n'aboutirait à rien. On a noté des améliorations après le massage, après l'électrisation ; on en a noté en dehors de tout traitement. Quand le malade va mieux on est en droit de se demander si cela tient aux procédés employés ou à la force médicatrice de la nature ; je n'ai pas les éléments nécessaires pour résoudre la question.

Voici cependant un cas dans lequel l'application

du massage à donné de bons résultats dans une paralysie infantile. Remarquons que les accidents étaient peu prononcés et de date récente.

### Obs. CLXIII

*Paralysie infantile dont le début remonte à 6 mois. — Massage. — Amélioration notable.*

F. N..., 6 ans, a présenté, il y a 6 mois les premiers phénomènes d'une affection spinale. Actuellement parésie de la jambe gauche marquée surtout dans les muscles du triceps sural. Atrophie presque insignifiante. Le petit malade s'appuie sur sa jambe sans difficulté, mais il ne peut marcher qu'en s'appuyant sur une canne et boite très fort, surtout lorsque la marche dure depuis une dizaine de minutes. Butte contre la moindre saillie du sol et tombe. Electricité, douches locales pendant 3 mois, peu d'amélioration.

Massage. — Séances d'un quart d'heure. Je commence très doucement pour habituer le malade au contact de la main, puis je procède avec plus d'énergie. Au début la gymnastique donne peu de chose. J'imprime au membre un mouvement dans un sens déterminé et que j'engage le petit malade à résister. Il ne comprenait pas et se prêtait mal à cette manœuvre ; il fallut 15 jours pour qu'il y fût habitué. Amélioration très sensible après 6 semaines de traitement; cesse au bout de 3 mois. Etat tout à fait satisfaisant. Une sensation de froid très désagréable existant antérieurement dans le pied a disparu. Claudication à peine perceptible sauf lorsqu'il a marché longtemps. Ne butte plus; ne tombe plus ; au bout d'un an, l'amélioration s'était maintenue.

Je pourrais répéter pour l'ataxie locomotrice ce que j'ai dit pour la paralysie spinale de l'enfance : le massage ne peut pas enrayer le processus morbide, mais il atténue et parfois fait disparaître certains phénomènes très pénibles. Voici une observation dans laquelle son application suivie faite par Schreiber a eu raison d'une anesthésie des deux membres inférieurs developpée chez un ataxique [1].

### Obs. CLXIV

*Ataxie locomotrice, anesthésie des deux régions fessières. — Massage. — Disparition de l'anesthésie.*

J'ai à parler d'un tabétique chez lequel, au moment où je le vis, existaient tous les symptômes de la terrible maladie : ataxie, douleurs lancinantes, crises gastriques. En outre, les deux fesses étaient anesthésiques. La maladie avait commencé, au mois de septembre 1879, par une paralysie de la sixième paire ; les oculistes les plus fameux de Vienne avaient été consultés et avaient émis les opinions les plus différentes, à tel point que ce malade était considéré à ce moment comme très curieux...

L'anesthésie existait sur toute l'étendue de la région fessière et était très gênante ; le sens de la température et du contact étaient tous les deux perdus. Ne savait pas s'il s'asseyait sur un banc de pierre ou sur un siège de bois chauffé par le

1. Massage als Mittel gegen die bei Tabes auftretende Anesthésie. *Wiener med. Presse*, 6 mars 1881, p. 295.

soleil; il ne savait pas davantage s'il touchait un corps dur ou moelleux.

L'auteur savait par expérience que certaines anesthésies de la cuisse, développées dans le cours de la sciatique, cèdent au massage. Bien qu'il faille considérer généralement les tabes comme un *noli me tangere* relativement aux interventions manuelles, je résolus d'employer chez mon malade le massage de la manière la plus soigneuse et la plus douce; tapotements, pétrissage, frictions à poing fermé dans le sens longitudinal et circulaire. Ces manipulations furent exécutées avec une certaine force et ne causèrent pas la moindre douleur. Après douze jours de traitement, l'anesthésie, qui durait depuis cinq mois, disparut. Le malade, qui est très intelligent, a pris jour par jour des notes sur son état pendant toute la durée du traitement. Voici ce qu'il a écrit :

11 novembre 1880. Premier massage de la région anesthésiée.

15. J'éprouve une tension désagréable dans les parties massées qui rend les mouvements difficiles de même que la marche surtout sur une surface qui monte.

18. La tension a disparu et la force des muscles augmente légèrement.

19. Un peu de sensibilité, je sens où je m'assieds, tandis qu'auparavant il me semblait qu'il y avait entre moi et le siège un corps étranger.

20. La sensibilité augmente toujours, je puis aujourd'hui distinguer si le corps sur lequel je m'assieds est dur ou mou; auparavant, il ne me semblait pas tout d'abord être assis.

22. La sensibilité des parties massées, qui avait disparu au mois de juin de cette année, est revenue; je sens maintenant

le contact, tandis qu'auparavant je sentais à peine les pincements.

23. La dernière trace de douleur est disparue, j'ai été massé en tout douze fois.

Dans ces dernières années, le massage a été appliqué beaucoup plus souvent qu'il ne l'avait été auparavant dans les affections médullaires. M. Kleen déclare qu'il a eu des résultats plus ou moins avantageux à la suite des commotions, des hémorragies, des myélites chroniques, même de celles qui sont dues à la compression. On a massé dans la sclérose en plaques, la paralysie spinale spasmodique, la sclérose latérale amyotrophique l'atrophie musculaire progressive, la poliomyélite antérieure aiguë, les paralysies consécutives aux maladies aiguës aux intoxications, etc. Les résultats ont été plutôt bons que mauvais ; il est cependant difficile de rien affirmer encore.

## § 3. — MASSAGE DANS LES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

### Paralysies. — Névrites. — Névralgies.

Si le massage ne donne rien ou donne peu de chose dans les paralysies d'origine centrale, les paralysies périphériques spontanées dont le froid est la cause la plus fréquente sont presque toujours améliorées ou

guéries par ce moyen. « Nous en connaissons un cas, disent Berghman et Helleday : une paralysie de tous les muscles de l'avant-bras et de la main était survenue pendant le sommeil, elle durait depuis trois semaines quand nous vîmes le malade pour la première fois. Pendant cinq jours on l'avait traité par l'électricité sans résultat, la contractilité semblait perdue. La paralysie était même accompagnée d'anesthésie. Au bout d'une semaine de traitement par le massage, les doigts avaient déjà quelques mouvements ; trois semaines plus tard, il ne restait plus qu'un peu de difficulté dans le fonctionnement des muscles et une diminution de la sensibilité. »

Dans des cas analogues, M. Chassagne a proposé, dès 1863, une sorte de massage qu'il appelait massage par percussion. Il ramenait très vite la température de 33° à 34°, 5. « Le massage proprement dit fait avec force et en même temps avec délicatesse et précaution pendant une heure, dit M. Chapoy à propos de la paralysie radiale, n'est pas à négliger. Il favorise l'action de l'électricité qui sans lui est parfois nulle [1]. »

La paralysie périphérique de la septième paire comporte un traitement identique. Dans les observations qui vont suivre, le massage conduisit vite à la guérison.

1. De la paralysie du nerf radial, *Thèse* de Paris, 1876.

### Obs. CLXV (Gottlieb)

*Paralysie faciale. — Massage. — Guérison.*

Mlle N..., 22 ans, vue par l'auteur pour la première fois le 28 octobre 1873. Jamais d'affections cérébrales, ni de syphilis. Il y a trois mois et demi survinrent, sans cause connue, de la tuméfaction et de la déviation de la moitié gauche de la face. L'état s'est amélioré depuis mais très peu. Pas de traitement; aujourd'hui toute la moitié gauche de la face est tuméfiée, déviée, c'est-à-dire que la commissure labiale gauche, l'aile du nez et l'arcade sourcilière sont un peu abaissés; pas de ptosis. La joue paraît au toucher épaissie et de consistance pâteuse. Un peu de sensibilité autour de l'orbite et des narines. Pas de douleur spontanée, légère sensation de tension dans la joue, pendant les mouvements de la face, (caractère typique de la paralysie faciale). Le front ne se ride que sur le côté droit, impossible de siffler; l'œil ne peut être qu'à demi fermé. Pas d'épiphora ni de strabisme ; la langue peut être tirée sans difficulté. Contractilité électrique perdue. Massage.

19 décembre 1873. — Après 20 séances, la motilité des muscles de la face est redevenue normale.

### Obs. CLXVI

*Paralysie faciale a frigore. — Massage. — Amélioration.*

Mlle T..., 34 ans, américaine, m'est adressée au printemps de l'année 1887 par un de mes confrères de Paris. Neuf mois auparavant, elle fait un voyage en chemin de fer ; la fenêtre du wagon du côté où elle se trouvait resta assez longtemps ouverte : le lendemain, elle avait de la déviation de la commis-

sure labiale gauche et une tuméfaction prononcée de la moitié correspondante de la face. Pendant 3 mois, électricité, un peu d'amélioration. La tuméfaction et la déviation de la moitié gauche de la face sont toujours aussi accusées. La déviation est visible surtout au niveau de la commissure labiale, de l'aile du nez, de la queue du sourcil. Légère sensation de tension dans la joue. Le front ne se ride que sur le côté droit dans les mouvements de la face ; un peu de difficulté à tirer la langue ; celle-ci n'est pas déviée. Contractilité électrique des muscles de la moitié gauche de la face perdue.

*Massage*. — Pression digitale sur le facial à son point d'émergence du crâne et un peu en avant sur son trajet. On n'obtient absolument rien pendant 3 semaines. Peu à peu cependant une légère amélioration se dessina. Lorsqu'au bout de 3 mois la malade fut obligée de retourner en Amérique, il n'existait plus qu'une petite déviation. La motilité est redevenue presque normale.

Une observation de M. Henschen relative également à la 7e paire crânienne va nous fournir une transition toute naturelle pour passer des troubles moteurs aux troubles sensitifs périphériques. Ces troubles sensitifs sont réunis sous le nom générique de névralgies : or parmi les névralgies il y a sûrement des accidents déterminés de deux ordres : 1° Des phénomènes douloureux consécutifs à la compression et à l'irritation des filets nerveux par des indurations inflammatoires chroniques du tissu cellulaire ou des muscles de voisinage. Nous avons vu ces cas à propos des myosites

chroniques, nous n'en parlerons plus qu'incidemment ; 2° des névrites. Il y a certainement d'autres névralgies encore : névralgies réflexes, névralgies de cause générale consécutives à des intoxications. Nous nous limiterons, autant que possible aux deux premières variétés.

Une névrite peut produire des accidents douloureux à paroxysmes, comme on l'observe souvent dans la prosopalgie. Les névralgies intercostales, les sciatiques résultent souvent d'une phlegmasie rhumatismale des nerfs intéressés. Dans l'observation qu'on va lire et qui appartient à M. Henschen[1], il s'agissait probablement de névrites multiples *a frigore ;* le plus curieux du cas, c'est que les nerfs moteurs et nerfs sensitifs avaient été intéressés. Le facial était plus touché que le trijumeau, mais la malade avait eu naguère des accidents qui permettaient de supposer que celui-ci avait été d'abord en cause : vertiges, accès de céphalalgie à forme migraineuse, etc. Lorsque cette personne fut soumise pour la première fois au massage, elle se plaignait surtout de contractions presque continues des muscles de toute une moitié de la face. Comme elle souffrait peu, son affection ne méritait guère le nom de tic douloureux : en revanche on eut de nouvelles poussées du côté du trijumeau avec des crises à forme migraineuse même après que, grâce au mas-

1. *Upsala Läkareförenings Forhandl.*, Ed. XXIII.

sage, on eut notablement diminué les contractions involontaires.

### Obs. CLXVII

*Névrite a frigore de la 7e paire crânienne. — Tic non douloureux de la face. — Massage. — Amélioration notable.*

Mlle N..., institutrice, 27 ans. Depuis l'enfance, migraines fréquentes terminées par des vomissements après lesquels elle allait mieux. En 1876, accès de vertige avec convulsions et perte de connaissance. En 1882, va assez mal, malaise, vertiges, surtout lorsqu'elle est debout. Ces accidents ne sont pas accompagnés de convulsions. Parfois nausées et sensation d'étouffement. Les accès sont revenus de nouveau dans l'automne de 1884. Au mois d'août 1883, contractions non interrompues de la paupière droite ; jamais auparavant, elle n'avait eu rien de semblable. Au mois de novembre les contractions s'étendent à l'aile gauche du nez et à la lèvre supérieure gauche. Dans le cours de l'année 1883 et au commencement de 1884 ce phénomène diminue, mais il augmente de nouveau après le printemps de 1884. Les contractions se font maintenant dans des nouveaux muscles; elles intéressent toute la joue gauche. Pendant l'été, régime reconstituant, repos, amélioration notable; à la fin de l'été les contractions ont complètement cessé ; elles recommencent en novembre et augmentent notablement dans le cours de décembre. Ne sait trop à quoi attribuer son mal ; elle raconte seulement, que sa mère a des accès de vertige et que son frère souffre de crampes d'estomac. Dans l'hiver de 1882-83, elle a habité une chambre si froide que l'eau y gelait. En lisant, le côté malade se trouvait souvent vers une fenêtre. A souffert autrefois des dents, n'en souffre plus

et n'a pas de caries. Jamais de névralgies, jamais de choc, ni de coups sur la joue.

Cette malade entre à l'hôpital le 31 décembre; présente différents phénomènes de chlorose : vertiges, bourdonnements d'oreille, palpitations. Les recherches faites sur le sang donnent 4.300.000 globules : le contenu en hémoglobine est diminué de 12 1/2 à 13 0/0 (Malassez). Les contractions de la face sont augmentées par l'excitation psychique; elles sont plus frappantes lorsque la malade parle. A la palpation, le nerf facial gauche est sensiblement plus épais et plus sensible que le droit. Il forme un cordon dur aisément perceptible. A la tempe, les rameaux du trijumeau sont épaissis et sensibles quand on en compare aux rameaux correspondants du côté droit. Massage, électricité, eau ferrugineuse pyrophosphatée. Après 14 jours de traitement, amélioration sensible. A l'examen on s'aperçoit que le facial est moins tuméfié à moins sensible à la pression. Douches froides, liqueur de Fowler.

27 janvier. La malade reste parfois tout un jour sans convulsion.

2 février. Accès de migraine; rameaux temporaux du trijumeau plus tuméfiés que d'habitude.

13. Amélioration; a été plusieurs jours sans une seule contraction.

### Obs. CLXVIII (Berghman)

*Névralgie faciale datant de cinq ans. — Massage. — Guérison.*

Frédérik Froberg, 54 ans, de la paroisse de Lestringe en Sudermanie, éprouve sans cause connue des douleurs violentes dans la moitié gauche de la face ; elles disparaissaient et reve-

naient à des intervalles plus ou moins longs ; les rémissions devinrent de plus en plus courtes, la douleur de plus en plus vive. Les deux premières années, il était tranquille une ou deux heures par jour, mais depuis lors, son état s'est aggravé de telle sorte que, depuis six mois, il souffre presque constamment. Il n'est jamais tranquille plus de cinq minutes par jour et encore ne l'est-il pas complètement ; il ne peut dormir la nuit. Si, vaincu par le sommeil, il ferme les yeux, la douleur le réveille vite. Le moindre mouvement de la face pour parler ou pour manger ; le simple attouchement des téguments suffisent pour éveiller un paroxysme ; de sorte que son visage présente un caractère de mobilité tout particulier. La douleur commence par une sensation de déchirure au voisinage de la commissure labiale et s'étend en haut vers la joue, en bas vers l'angle de la mâchoire inférieure. Les régions temporales, sus-orbitaires, parotidiennes sont épargnées. La douleur est si vive sur les dents de la mâchoire supérieure, qu'il a fait extraire les incisives, les canines et toutes les molaires de ce côté. Jamais de spasmes des muscles de la face. Ce malade a été traité pendant quelque temps à l'hôpital de Nyköping, par des injections de morphine. Quelques semaines plus tard, on a employé l'électricité, enfin depuis un mois il a été traité à l'hôpital Séraphin à Stockholm, par l'électricité et des injections de morphine, tout cela sans résultat.

Berghman le voit pour la première fois le 9 octobre 1873. On ne trouve rien que l'expression particulière de la face notée plus haut et un peu de tuméfaction de la peau au voisinage de la commissure labiale gauche.

Le simple attouchement des téguments suffit pour provoquer un paroxysme douloureux. Il n'y a pas à proprement parler de points maxima. La douleur siége dans toute la joue et sur

la mâchoire ; ces régions sont encore le siège d'une sensation de raideur prononcée. Aucun symptôme ne permet de songer à une origine centrale.

### Obs. CLXIX

*Névralgie des rameaux nasal et frontal de l'ophthalmique de Willis. — Massage. — Guérison.*

Mme M., 36 ans, vient me consulter au mois de janvier 1882, pour une violente douleur dont elle est affectée depuis le mois d'octobre dernier.

Cette douleur siége dans la région frontale et le nez, de la racine à l'extrémité antérieure. Elle est assez violente pour priver la malade de repos ; la sécrétion de la pituitaire est notablement augmentée. Un paroxysme se développe toutes es fois que la malade essaye de se moucher. Électricité employée pendant trois semaines sans résultat. Les frictions avec diverses préparations n'ont pas mieux réussi. Massage, guérison au bout de dix-huit séances, pas de récidive.

Un cas de Wagner est presque analogue au nôtre ; il a vu une névralgie sus-orbitaire tellement améliorée après huit séances que la malade crut pouvoir cesser le traitement. Depuis elle avait toujours des douleurs, mais pas assez vives pour qu'il lui semblât nécessaire de recommencer le traitement.

### Obs. CLXX

*Névralgie sous-orbitaire a frigore. — Massage. — Guérison rapide.*

M. V., suédois, se présente à moi en octobre 1886. Souffre

depuis quatre jours d'une violente névralgie sous-orbitaire du côté droit. Cet homme a passé toute la journée en chemin de fer. Reçoit sur la joue droite un courant d'air froid par la portière ouverte. A peine débarqué à Paris, il est pris le soir, dans la région en question d'une douleur violente ; jusque là, il n'avait pas ressenti autre chose que quelques vagues souffrances dans le cours de l'après-midi. Ne peut fermer l'œil de la nuit. Le matin tout s'était un peu calmé, mais vers le soir, la douleur reparaît avec la même violence. Injection de morphine ayant amené très vite le sommeil. Le lendemain soir, le mal revient avec la même force, à la même heure ; sulfate de quinine à haute doses ans effet.

Massage cinq à dix minutes dans la région frontale (frictions et tapotements) sans effet. Extrêmement douloureux, malgré cela, on recommence dans la soirée, dort mieux la nuit suivante; le lendemain matin, amélioration sensible. Après deux nouvelles séances de massage, guérison complète.

Depuis quelques années j'ai commencé à traiter les névralgies intercostales par le massage en exerçant des pressions sur le nerf malade. Je commence toujours la séance par l'effleurage comme on le fait d'habitude dans d'autres régions ; j'ai eu des succès. Chez un malade qui souffrait depuis 2 ans d'une névralgie occupant les 4$^e$ 5$^e$ 6$^e$ et 7$^e$ espaces intercostaux du côté gauche on employa en vain tous les médicaments internes usités en pareil cas ; l'électricité ne réussit pas mieux. Guérison complète au bout de 7 semaines. Pendant 14 mois, pas de

récidive. Dans quelques cas je n'ai obtenu que des améliorations. Il ne faut pas oublier que le massage pratiqué dans les névralgies intercostales produit une sensation exceptionnellement pénible et que ce traitement est difficilement applicable chez les personnes pusillanimes et très nerveuses. Au mois de janvier 1889 j'ai eu à traiter un malade atteint d'une violente névralgie intercostale des deux côtés ; tous les nerfs étaient intéressés. La douleur était particulièrement vive sur le trajet de ceux qui correspondaient aux dernières côtes. Electricité, traitement thermal à Aix-les-Bains sans résultat. On se décide à recourir au massage ; il est très douloureux au début ; mais a des effets surprenants ; à tel point qu'après 7 à 8 séances, le malade déclarant qu'il ne souffre plus cesse le traitement. Vers la fin du mois de mai, il se produit une nouvelle névralgie siégeant à 8 cent. environ en dehors de la ligne maxillaire. Guérison après 15 jours de traitement. Dans un cas analogue dont la relation a été publiée il y a quelques années, M. Henschen avait eu également un succès.

### Obs. CLXXI

*Névralgie intercostale consécutive à un zona. — Massage. — Guérison.*

Il y a deux mois, le malade a eu un zona ; depuis lors, il est resté des douleurs violentes dans le dos, le cinquième et le

sixième espace intercostal du côté droit. Ces douleurs s'irradient dans tout le côté correspondant de l'abdomen. Le malade a eu aussi des douleurs dans le bras droit. Injections de morphine sans résultat. Amélioration à peine sensible après vingt séances de massage.

L'observation suivante appartenant à M. Wretlind relate un cas de névralgie de la paroi abdominale traité et guéri par le massage ; sa place me paraît tout indiquée à la suite des névralgies du tronc.

### Obs. CLXXII

*Névralgie de la paroi abdominale. — Gastralgie réflexe. — Massage. — Amélioration marquée.*

M. L.., 50 ans, souffrait depuis 1850 d'attaques très pénibles de gastralgie. Il a pris pendant très longtemps de l'iodure de potassium. La maladie s'est améliorée, mais il a toujours des crampes d'estomac avec des accès douloureux assez sérieux pour qu'il soit obligé de rester parfois des heures sans rien faire. Elles surviennent infailliblement après le moindre écart de régime, mais souvent aussi sans cause ; comme ces accès durent plusieurs heures, ils arrivent soit le jour, soit la nuit. Tous les médicaments employés n'ont donné aucun résultat. Le malade a même commencé, à trois reprises différentes, la gymnastique médicale ; il a obtenu une amélioration sensible ; malheureusement, le mal est revenu.

L'auteur le voit pour la première fois en 1876. En examinant soigneusement l'abdomen, il trouve dans sa paroi un point de sensibilité très marquée entre la crête iliaque et la dernière côte, correspondant, selon toute probabilité, au point où le

nerf iléo-hypogastrique, traverse le muscle transverse, point sensible chez les femmes qui ont des douleurs nerveuses dans la région inguinale. Ces douleurs sont souvent améliorées par des pressions sur le point d'émergence du nerf. Le malade paraît avoir aussi une certaine sensibilité dans le plexus cœliaque, quoiqu'il soit bien difficile de localiser la douleur provoquée par une pression énergique sur la paroi abdominale. Pressions énergiques sur les points douloureux, pétrissage de l'épigastre. Séances de cinq minutes tous les jours pendant huit mois. La sensibilité disparaît au point d'émergence du nerf ; les accès de gastralgie deviennent plus légers et plus rares. Le malade est mieux qu'il ne l'a été depuis plusieurs années. Cette amélioration s'est maintenue tout l'été.

### Obs. CLXXIII (Vesterlund)

*Névralgie cervico-brachiale. — Massage. — Guérison.*

Mme A.., 34 ans, d'une constitution robuste, non hystérique, ressent au mois de janvier 1874 une sorte d'engourdissement dans le bras, qui, peu à peu, fait place à une véritable douleur occupant l'épaule et le bras droit. Frictions avec divers liniments, électricité sans résultat. Au commencement de juillet, la névralgie est encore plus violente ; à la suite de quelques mouvements, elle devient de plus en plus forte ; chaque nuit, elle a une telle intensité que la malade ne peut plus dormir. L'exacerbation fut de jour en jour plus marquée. Massage. Les douleurs, concentrées autour de l'articulation de l'épaule, s'étendaient jusqu'au coude, suivant le trajet du nerf musculo-cutané. La région sus-scapulaire et la nuque étaient elles-mêmes intéressées. Ces parties étaient très sensibles aux pressions profondes, de même que dans toutes

les tentatives de mouvement. Pas de foyer d'induration, de gonflement ou de rougeur. Les mouvements pour élever le bras ou le porter en arrière sont particulièrement pénibles. Pétrissage et tapotement, amélioration après huit séances, récidive au bout de six semaines, douze nouvelles séances de massage. Guérison, pas de récidive au bout de quinze mois.

## Obs. CLXXIV

*Névralgie cervico-brachiale. — Massage. — Guérison.*

Mme N., 30 ans, se plaint depuis le mois de mars 1877 d'une sensation de fourmillement dans le bras droit. Cette sensation plutôt désagréable que douloureuse ne l'inquiète pas. Plus tard, elle s'exagéra au point de devenir extrêmement pénible. sa douleur avait son siège dans la région de l'aisselle et s'irradiait dans tout l'avant-bras, sur le trajet du cubital. Les courants faradiques, les bains russes, les frictions avec différentes pommades n'amenèrent aucun résultat. De plus, la douleur s'irradiait dans toute la région sus-scapulaire et la nuque. Tout disparut pendant un certain temps et elle se croyait guérie, lorsque, à la suite d'un mouvement violent de l'épaule et du bras, la douleur reparut plus violente qu'auparavant. Le sommeil était pénible et troublé.

Au moment où je la vis pour la première fois, je ne trouvai rien d'anormal dans l'articulation de l'épaule, ni dans les muscles du bras. Les mouvements avaient leur amplitude normale, celui d'élévation et le mouvement en arrière étaient très douloureux. Une pression sur le trajet du nerf musculo-cutané, un mouvement brusque du bras ou de l'épaule suffisaient pour provoquer un paroxysme. On eut recours aux mêmes traitements que précédemment, mais cette fois, ils restèrent sans

résultat. Massage. Après douze séances, le malade éprouve déjà un mieux sensible. Peut commencer à se servir de son bras. Guérison radicale après trente séances.

### Obs. CLXXV (Berghman)

*Névralgie rebelle du cubital droit. — Paroxysmes douloureux; trémulation de l'annulaire et de l'auriculaire; anesthésie. — Massage. — Disparition des accès de douleur. — Retour de la sensibilité.*

M[lle] Sophie L., 42 ans, souffre, depuis 4 ans 1/2, de violentes douleurs dans le bras droit. Elles se sont développées sans cause connue et sont bientôt devenues si violentes, qu'elle n'a eu de repos ni le jour ni la nuit. Elles apparaissent surtout quand la malade veut travailler ou faire un mouvement du bras. Pas de sommeil; il suffit que la malade veuille mettre la main sous le bras pour le soutenir pendant qu'elle travaille, pour éveiller un paroxysme. La douleur commence au niveau du coude, et s'irradie en bas, jusqu'à la pointe des doigts, surtout de l'annulaire, de l'auriculaire; elle a son maximum dans la partie cubitale. Divers moyens ont été essayés, mais toujours sans résultat. Electricité pendant une année entière; comme elle ne peut plus travailler et qu'elle souffre jour et nuit, elle est admise comme incurable, dans un hospice de Stockholm.

L'auteur commence le massage, le 13 mai 1873, sur l'autorisation du chef du service.

A un premier examen, il trouve les doigts de la main gauche, en particulier l'annulaire et l'auriculaire, en mouvement; la malade ne pouvait les tenir immobiles A la pression sur le cubital droit dans le sillon cubital, on provoque une douleur s

violente, que la malade s'en évanouit presque. Cette douleur s'étend de haut en bas, suivant le trajet du nerf; la malade la compare à la sensation qu'on éprouverait au contact d'un fer rouge. Une douleur de même nature quoique moins intense se produit à la pression sur tout le trajet des filets supérieurs jusque dans l'aisselle, aucun gonflement. Le bras est ordinairement le siège d'une sensation de froid et la sensibilité est complètement abolie sur le bord cubital. Rien d'anormal dans les muscles et les jointures; il n'y a pas d'autre gêne motrice que celle que produit la douleur accompagnant chaque tentative de mouvement. Après onze séances, la malade déclare qu'elle a eu pour la première fois un jour de tranquillité, depuis le commencement de sa maladie. Les douleurs reparaissent le lendemain, nouvelle rémittence après la soixante-treizième séance. Cette fois, l'amélioration fut plus durable et, pendant les trois semaines qui suivirent, la malade n'éprouva rien. Le 8 juillet, on interrompt le traitement pour voir si l'amélioration est définitive; le 18, la douleur reparaît avec la même intensité qu'auparavant. Elle cesse après quatre séances, pour revenir à la suite d'une nouvelle interruption du traitement. L'auteur résolut alors de ne plus interrompre le traitement et de l'appliquer tous les jours. Le 28 octobre, cette malade n'avait plus de douleurs depuis six semaines ; elle pouvait coudre sans difficulté plusieurs heures de suite et se considérait comme guérie. Depuis, elle a eu encore quelques élancements dans le bras, on en a eu facilement raison par le tapotement. La pression dans le sillon cubital n'est pas plus douloureuse que chez une personne parfaitement bien portante et la sensibilité est presque normale ; il ne reste que des traces à peine sensibles des frémissements des doigts. D'après Berghman, la névralgie n'est pas complètement guérie, mais le

massage l'a réduite à des proportions telles que la malade ne souffre plus et peut travailler ; on peut même espérer arrêter un accès à son début [1].

En 1872, M. Faye, exposant la méthode de Mezger à la Société de médecine de Christiania, mentionnait les sciatiques parmi les affections du système nerveux susceptibles d'être guéries par le massage, et rapportait l'observation d'un étudiant en médecine norvégien traité avec succès [2].

Depuis lors, il a eu plusieurs fois l'occasion de recourir au même moyen. Parmi les cas qu'il a observés, un était relatif à une jeune femme de 25 ans arrivée au troisième mois d'une grossesse ; après l'insuccès de différentes médications 18 séances de massage la guérirent, sans que son état fût influencé par le traitement [3].

Le docteur Winge fit dans la même séance des observations analogues sur le traitement des névralgies : à cette époque il ne connaissait, comme son compatriote, que ce qu'il avait vu chez Mezger. Une communication ultérieure de Faye fut suivie d'une autre de Winge relative à un cas rappelant

1. Fall behandlade med Massage. *Hygiea*, 1873. *Svensk. Läkaresällsk. Förhandl*, p. 247.

2. *Loc. cit.*, p. 604.

3. *Norsk. Magaz. f. Lägevidenskab* 3. R. V. Voir aussi Haufe. Ueber. Massage, 2e éd. 1881, p. 46.

le sien : une femme de 49 ans avait supporté vingt ans auparavant une constriction très énergique des membres inférieurs avec une bande de toile ; elle avait toujours conservé de la faiblesse des jambes ; il y a huit ans, elle fut prise d'une sciatique double très douloureuse. Vinrent ensuite des contractions musculaires, de telle sorte que les mouvements des jambes étaient entravés et que la malade ne pouvait plus monter les escaliers sans douleurs ; la nuit elle souffrait beaucoup. Winge massa d'abord le sciatique gauche, quelques jours après le droit ; les douleurs diminuèrent. Au bout de huit jours, la malade pouvait monter sans difficulté l'escalier ; après deux mois et demi de traitement elle était guérie.

J'ai déjà parlé des sciatiques consécutives à la propagation aux nerfs de myosites de voisinage ou résultant de la compression des troncs nerveux par un noyau d'inflammation chronique (fausses sciatiques). Ces affections sont presque toujours sous l'influence d'une même cause générale, le rhumatisme : le massage réussit, mais comme ses effets sont purement locaux, on ne peut espérer prévenir les récidives que par un traitement général ; ce sont les médications thermales qui font le mieux.

Dans aucune affection, sauf l'entorse, le massage ne donne des résultats aussi brillants que dans la sciatique. Il est indispensable toutefois de commen-

cer à une époque rapprochée du début ; dès le lendemain du premier accès, le jour même si c'est possible. Avec deux séances quotidiennes on guérit le malade en 8 à 10 jours. Le traitement est alors plus douloureux qu'il ne le serait plus tard. En commençant très doucement et en augmentant petit à petit la pression, on finit par rendre la douleur supportable. Il est malheureusement rare qu'on soit appelé pour une sciatique récente ; les plus courageux attendent ; l'accès fini, ils espèrent qu'il n'en reviendra plus. Cette expectation n'aboutit à rien de bon ; lorsque les accès deviennent moins violents, ils augmentent de fréquence ; à l'élément paroxystique et intermittent s'ajoute un élément continu : les malades souffrent tantôt plus, tantôt moins, mais ils souffrent toujours. A partir de ce moment, les médications les plus disparates sont essayées ; vésicatoires camphrés ou morphinés, pointes de feu, douches locales, injections de morphine, opium, sulfate de quinine, bromure de potassium à haute dose. Ni les révulsifs, ni les anesthésiques locaux, ni les dérivatifs ne guérissent ; on diminue les douleurs, on obtient un repos relatif ; mais au moindre exercice prolongé, au moindre refroidissement, le malade recommence à souffrir. En France, le public connaît si peu le massage, que souvent on n'y songe que tard dans la sciatique, après que les autres médications ont été infruc-

tueuses. Les conditions sont alors infiniment moins favorables qu'au début ; même dans les cas invétérés on peut encore promettre la guérison, sans crainte d'être démenti par les événements, mais il faut une conviction absolue et une patience inépuisable de la part du médecin comme de la part du malade. Souvent le découragement intervient et l'on n'obtient qu'une amélioration passagère quand on arrive à quelque chose. Je ne fais jamais plus de six semaines le massage dans les sciatiques, si je n'obtiens rien ; j'ai eu peu d'insuccès complets et je soupçonne fort que, dans la plupart d'entre eux, il s'agissait de névralgies symptomatiques. Dans des sciatiques invétérées, j'ai massé 3 semaines, un mois, sans résultat ; je désespérais et je me préparais à annoncer un échec au malade, lorsque du jour au lendemain, tout changeait ; l'amélioration devenait sensible ; je continuais, et je guérissais la sciatique. Les mouvements passifs sont indiqués ; dans les cas invétérés accompagnés d'une atrophie musculaire plus ou moins prononcée, on ajoute les mouvements actifs ; le malade en fait, on y résiste. Même à la période d'acuité, les mouvements actifs sont utiles ; les paroxysmes finis, je fais marcher le malade quelques minutes dans la chambre en s'appuyant sur une canne ; aussitôt qu'il le pourra, il fera de petites promenades.

Je ne reviens pas sur ce que j'ai dit à propos des sciatiques par propagation et des fausses sciatiques; tant qu'il existe un foyer de myosite chronique si limité qu'il soit, on n'est sûr de rien. A la jambe les filets sont petits, difficiles à masser, situés profondément. On est obligé d'enfoncer le pouce entre les muscles volumineux et fermes formant la saillie du mollet. Dans les régions de la fesse et de la cuisse, le sciatique, relativement superficiel, est au contraire facile à atteindre.

Je combine toujours le tapotement sur le trajet du nerf aux frictions; j'ai eu recours autrefois à une manœuvre destinée à produire la distension du nerf; comme elle ne m'a rien donné, je l'ai abandonnée. L'électricité a quelquefois de bons résultats dans les cas aigus ou subaigus; j'ai essayé de combiner l'électrothérapie au massage; cette combinaison ne m'a pas avancé, je l'ai abandonnée; aujourd'hui, j'emploie le massage seul.

En admettant qu'il existe bien une sciatique montrée par une violente douleur à la pression sur le trajet du nerf et que son traitement soit la principale affaire du médecin, il ne perdra jamais de vue les accidents concomitants qui ont produit peut-être la maladie et qui contribuent à l'entretenir. Si l'on ne veut pas s'exposer à n'obtenir que des demi-succès ou à ne rien obtenir du tout, on ne

devra jamais négliger ces indications secondaires.

Nous allons maintenant donner un certain nombre de faits appartenant à la pratique de nos confrères et à la nôtre.

## Obs. CLXXVI (Gottlieb)

*Sciatique gauche. — Massage. — Guérison.*

M., S. 78 ans vu, pour la première fois le 4 juillet 1874.

Douleurs fugaces dans le membre inférieur gauche, s'étendant à la hanche, à la face postérieure de la jambe, au-dessous de la tête du péroné ; douleurs accompagnées d'une vive sensation de raideur pendant la marche. Légère amélioration par les vésicatoires. Infiltration des muscles fessiers du côté gauche. Sensibilité à la pression sur tout le trajet du sciatique. Rien d'anormal du côté de l'appareil urinaire ou du tube digestif.

Massage.

30 juillet 1874. Peut faire de longues promenades sans éprouver de raideur. Plus de sensibilité à la pression ni de douleurs spontanées ; guérison après cent séances.

## Obs. CLXXVII (*personnelle*)

*Sciatique gauche rebelle. — Myosite sacro-lombaire. — Massage. — Guérison.*

M. T..., rentier, se plaint depuis six ans d'une douleur dans la région lombaire gauche. Persistante dans ces derniers temps, elle avait disparu auparavant pendant des intervalles plus ou moins longs. Depuis lors, la station verticale un peu prolongée

était très sensible, surtout le matin quand le malade sortait du lit; il traînait la jambe et se fatiguait vite. Vive douleur lombaire dans les mouvements de rotation du tronc; souffrait beaucoup pendant les changements de temps, au printemps et à l'automne; tous les traitements sont restés sans effet. Depuis seize mois la douleur s'est irradiée dans la fesse droite sur les parties postérieures de la cuisse et dans la région péronière jusqu'à la malléole. Le malade est obligé de garder le lit pendant des jours entiers sans pouvoir dormir; impossible de se coucher sur le côté touché. Courants continus sans résultat. Pointes de feu le long du sciatique; au mois d'octobre dernier soulagement passager; on propose la distension du nerf qu'il refuse.

Voici quel était son état au commencement du mois de janvier 1882. Marche avec peine en s'aidant d'une canne et en traînant la jambe. Dans l'épaisseur des muscles de la masse sacro-lombaire, on trouve une induration du volume d'une noix sans limites bien tranchées. Vive douleur à la pression sur cette tumeur, point lombaire.

Le demi-membraneux, le demi-tendineux et le biceps sont contracturés. Pétrissage de la tumeur, du sciatique de la fesse et de la cuisse. Disparition de l'induration au bout de six semaines. On continue le traitement des autres parties, amélioration croissante, guérison après deux mois. La sensibilité étant notablement diminuée, on fait l'extension des muscles contracturés. Disparition complète de la douleur au bout de quatre mois. A cette époque, la jambe avait repris sa force. Mouvements passifs, n'éprouve un peu de faiblesse qu'après avoir marché longtemps.

## Obs. CLXXVIII

*Sciatique chronique double. (Rameaux poplités interne et externe) chez une personne obèse. — Massage. — Guérison.*

Mme L., 38 ans, un peu obèse. Raideur au niveau des articulations des membres supérieurs à la suite d'accidents rhumatoïdes ; raideurs contre lesquelles elle a employé la gymnastique méthodique ; se plaint depuis quelques mois de douleurs des jarrets qui ont commencé au-dessus des creux poplités et depuis se sont irradiées dans les régions péronières. En général, elles sont peu vives, mais à la suite d'une marche prolongée, elles deviennent extrêmement gênantes. Sensation de fatigue très prononcée. Plusieurs médecins croyant à une affection chronique du genou ont fait longtemps sans résultat des badigeonnages iodés. Pas de gêne dans les mouvements du membre inférieur. Par suite de la surabondance du tissu adipeux, il y a de chaque côté du creux poplité des espèces de tumeurs ou plutôt des saillies limitées siégeant dans le tissu sous-cutané. Une pression un peu énergique exercée à ce niveau sur le trajet du sciatique détermine une violente douleur au voisinage de l'angle supérieur du creux poplité. Massage, une séance par jour ; au bout de quelques jours, la douleur à la pression est beaucoup moins vive et la malade se fatigue moins à la suite de marches même un peu longues. Guérison en 6 semaines.

## Obs. CLXXIX

*Sciatique gauche aiguë développée dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — Massage sur le trajet du nerf. — Guérison de la sciatique longtemps avant celle du rhumatisme.*

Au mois de septembre 1881, M. N., suédois, peintre, est

pris de douleurs dans la fesse gauche. Légères d'abord, elles furent bientôt extrêmement intenses et s'étendirent à la partie postérieure de la cuisse ; il lui devint impossible de s'appuyer sur la jambe de ce côté. Frisson, fièvre, céphalalgie. La douleur était si violente qu'elle le privait complètement de sommeil, le moindre mouvement l'augmentait. Lorsque je le vis pour la première fois, je trouvai de la tuméfaction au niveau de plusieurs articulations des doigts, du genou, de la mâchoire, il y avait également de la tuméfaction au niveau de la bourse séreuse prérotulienne et du tendon du long péronier latéral. Le malade ne pouvait ni porter la main à la bouche, ni se lever sur son séant, ni se tourner dans son lit. Mastication extrêmement difficile ; ne peut guère prendre que des bouillons et des potages. Douleur sourde permanente dans la région fessière, prenant le caractère paroxystique au moindre mouvement ; suit le trajet du sciatique jusqu'au creux poplité où elle s'arrête.

Il a cependant de temps en temps des poussées au-dessous de la malléole interne ; point lombaire et point fessier.

Massage énergique, sur le trajet du sciatique surtout à la fesse à cause de la profondeur du nerf ; très douloureux.

Les séances de six minutes au début furent portées à huit ou dix, lorsque la douleur fut un peu diminuée. Il y eut chaque jour un mieux général sensible. Pouvait remuer plus facilement et plus sûrement la jambe. Au bout de dix jours, plus de douleur spontanée et à la pression. Mouvement de l'extrémité affectée du sciatique tout à fait libre. Il n'y a plus qu'un peu de faiblesse. La chose a du reste peu d'importance, car le malade est toujours retenu au lit par son attaque de rhumatisme articulaire aigu. Au bout de cinq semaines, lorsqu'il put se lever et faire quelques pas, il lui était impossible de

s'appuyer sur une jambe ou sur l'autre. (Rétablissement complet au bout de cinq mois.)

(J'ai vu un cas tout à fait analogue chez un autre de mes compatriotes ; la sciatique avait complètement disparu au bout de douze jours, mais la guérison définitive fut très longue ; il y eut même de la myosite des muscles fessiers dont on n'eut raison qu'à l'aide d'un massage énergique.)

## Obs. CLXXX

*Sciatique gauche. — Massage. — Guérison.*

M. V., 42 ans, a vu se développer, il y a sept mois, sans cause connue, une douleur qui occupe la hanche, la partie postérieure de la cuisse et s'étend jusqu'au-dessus de la malléole externe. C'est surtout après s'être assis pendant quelque temps et en se remettant à marcher qu'il éprouvait cette douleur. Certains jours, le malade ne la ressent même pas, tandis que dans d'autres elle présente de vrais paroxysmes. Le maximum ne siège pas toujours au même endroit ; tantôt il occupe une partie du nerf, tantôt une autre. La marche n'exagère rien, sauf quand elle est trop prolongée.

Vésicatoires volants suivis d'un soulagement temporaire. Au toucher, léger gonflement dans la région fessière, correspondant au trajet du sciatique ; sensibilité à la pression au même niveau. Les manipulations sont du reste bien supportées. A partir du onzième jour de traitement, amélioration manifeste. Au bout de vingt-trois jours, il ne reste plus qu'une légère sensation de raideur. Depuis lors, pas de récidive ; en tout vingt-trois séances.

Obs. CLXXXI (Berghman)

*Sciatique ancienne du côté droit, rebelle à tous les traitements. — Atrophie de plusieurs muscles de la jambe et de la cuisse. — Massage. — Guérison.*

M. O., 44 ans. A beaucoup chassé dans sa jeunesse et a éprouvé des refroidissemeuts nombreux. Passe un gué pendant un jour froid et humide de l'automne de 1877. Le lendemain douleur très intense du côté droit; elle s'atténue un peu, mais persiste les jours suivants, malgré des bains chauds prolongés. Le mal disparut au milieu de l'été et revint à l'automne. Les rémittences fureut de plus en plus courtes à tel point que la douleur finit par devenir à peu près continue en même temps qu'elle augmentait d'intensité. Depuis l'année 1880, elle n'accordait de repos au malade ni le jour ni la nuit. Cette douleur avait son siège dans la région fessière, la partie postérieure de la cuisse, le jarret, elle se prolongeait parfois suivant la région péronière jusqu'au petit orteil. Electricité pendant plus d'un an, hydrotérapie ; vésicatoires volants pendant un an, sans résultat. Des pointes de feu appliquées sur le trajet du nerf n'ont pas mieux réussi ; on n'a jamais obtenu qu'un soulagement passager. De plus, ce malade a pris à l'intérieur du bromure de potassium, de la quinine, de l'acide salicylique au point d'en devenir presque fou ; injections sous-cutanées de hautes doses de morphine, résultat à peu près nul.

Je le vois pour la première fois à la fin de mars 1880 il marche péniblement en s'appuyant sur une canne, traîne la jambe, tire la hanche en haut en même temps qu'il incline la moitié supérieure du corps du côté opposé.

Ce malade passe la plus grande partie de son temps étendu

sur un canapé. Le sommeil est troublé ; le moindre mouvement, la plus légère tentative faite pour donner aux membres une autre position sont extrêmement pénibles ; un éternuement suffit pour provoquer un paroxysme. L'état général a même été intéressé, le malade a notablement maigri, il est pâle et très anémique.

Le sciatique est pris depuis son origine jusqu'à la bifurcation poplitée et est le siège d'une douleur continue exagérée par la pression. Cette douleur se prolonge sur tout le trajet du péronier. Les muscles fessiers, ceux de la région postérieure de la cuisse présentent un notable degré d'atrophie ; les péroniers, les extenseurs des orteils sont également un peu plus grêles qu'à l'état normal, de telle sorte que le malade éprouve un peu de difficulté à lever la pointe du pied et butte en marchant ; le pied tend aussi à se mettre en travers. Il n'y a pas de points douloureux proprement dits, sauf à l'endroit où le sciatique émerge de la cavité pelvienne.

8 septembre. Massage du sciatique et des muscles atrophiés.

12. Les douleurs ont notablement diminué, le malade marche beaucoup mieux ; l'état général est meilleur, l'appétit revient.

1er novembre. Depuis douze jours le malade n'éprouve plus de douleurs sauf quand il tourne brusquement la jambe. Dans ces cas, douleur lancinante qui s'irradie sur toute la longueur du membre inférieur. Depuis quelques jours, il peut marcher malgré la faiblesse qui persiste encore dans la jambe ; les muscles ont presque repris leur volume ; l'état général est beaucoup meilleur. Séjour à Aix-les-Bains ; il ne reste plus qu'un peu de faiblesse ; plus de douleurs pendant la marche.

## Obs. CLXXXII

*Sciatique droïte aiguë. — Massage. — Guérison.*

Au printemps dernier, je fus appelé par un de mes confrères pour traiter un de ses malades atteint d'une sciatique, d'une gravité exceptionnelle ; cet homme qui avait souffert auparavant de lumbago et de céphalalgie fut pris brusquement il y a 4 jours d'une douleur violente dans la région fessière droite. En quelques heures, elle s'étendit à toute la jambe jusqu'à la cheville. Le malade dut prendre le lit ; le médecin lui administra sans grand avantage du salicylate de soude. Il en retira peu de profit. Impossible d'imprimer le moindre mouvement au membre tant il était raide et douloureux ; il le tenait constamment en dedans, légèrement fléchi au niveau de l'articulation du genou. La douleur est telle qu'il lui est impossible de fermer les yeux durant la nuit malgré les injections de morphine. Sensibilité au toucher sur tout le trajet du nerf sciatique et dans la jambe, suivant la branche péronière jusqu'à la cheville. Tuméfaction légère et sensibilité à la pression des muscles fessiers, surtout du moyen.

*Massage.* — Par suite de la position du lit, il fallait que le malade fût placé sur le côté droit. La douleur était si violente qu'il lui fallait 4 à 5 minutes pour passer d'un côté du lit à 'autre. Manipulations très légères au début ; on augmente peu à peu la pression ; celle-ci pourtant très douloureuse est supportée grâce à ce procédé. La nuit qui suivit la première séance, le malade pouvait dormir un peu. Chaque jour l'amélioration fut plus sensible, et le huitième après le début du massage, il put se lever et se promener dans sa chambre en s'appuyant sur une canne. Deux jours après, il sortait en voiture pour aller à son bureau. Trois jours plus tard, peut se promener sans canne, sans ressentir la moindre douleur.

Nous pouvons ajouter à ces faits ceux que renferme la statistique de Johnsen. Ils sont au nombre de quatorze ; huit furent complètement guéris après quatorze à cinquante-six séances ; quatre furent améliorés ; le nombre des séances avait varié entre onze et trente-quatre ; dans deux cas on n'obtint rien. Il est vrai que chez ces derniers malades le diagnostic renfermait un point d'interrogation ; chez le premier — il y avait en même temps que l'affection périphérique une très vive douleur à la pression au niveau des dernières vertèbres thoraciques et des premières lombaires ; l'électricité, les injections de morphine, les vésicatoires et trente-quatre séances de massage ne donnèrent rien. Chez le second, on ne fut pas plus heureux ; et cette fois encore une douleur violente au niveau des vertèbres lombaires faisait craindre que la sciatique eût une origine centrale.

### Obs. CLXXXIII (Berghman)

*Coccygodynie. — Massage. — Guérison.*

M^lle X..., 30 ans, a depuis deux ans une douleur très vive dans les régions sacrée et fessière ; les accès n'arrivent que quand elle est restée assise pendant une heure, cette position est extrêmement douloureuse. Le docteur Häggström l'a récemment traitée pour un catarrhe ulcéreux du col, guéri au moment où Berghman la vit pour la première fois. Häggström

avait également diagnostiqué une coccygodynie. A la pression sur l'extrémité du coccyx douleur violente s'irradiant vers la fesse. Pas de fissure anale. Guérison très rapide par le massage.

Dans les deux observations suivantes tout se passait du côté du fémoro-cutané; ce que nous avons dit pour le sciatique s'applique à ce nerf.

Obs. CLXXXIV (*personnelle*)

*Névralgie du nerf fémoro-cutané gauche. — Massage. — Guérison.*

Mme D..., 28 ans, se plaint depuis quelques semaines d'une douleur qui prend naissance au-dessus du pli de l'aîne du côté gauche, s'irradie sur les faces antérieure interne et externe de la cuisse jusqu'au genou. A ce niveau elle contourne l'articulation au point de faire croire que celle-ci est surtout intéressée.

La marche amène des crises douloureuses et laisse à sa suite une sensation très pénible de fatigue dans la région indiquée. Vésicatoires, frictions avec du baume opodeldoch. Les mouvements sont parfois gênés par suite des douleurs toujours déterminées par des changements de position un peu brusques.

Massage. Le mal est complètement enrayé au bout de dix jours.

Obs. CLXXXV (Güssenbauer)

*Névralgie du nerf fémoro-cutané. — Massage. — Guérison au bout de huit jours.*

Un agent de la sûreté, âgé de 34 ans, fut admis à la clinique de l'auteur pour une névralgie contractée à la suite d'un

refroidissement ; boîte en marchant. Rien dans les articulations ni dans les os. Douleur à environ trois travers de doigt au-dessous du ligament de Poupart. Ces douleurs prennent naissance un peu en dehors de la ligne médiane : elles s'irradient sur le côté antéro-externe de la lésion. Point douloureux à l'endroit où le nerf fémoro-cutané émerge du fascia lata. Deux séances de massage par jour. Au bout de huit jours, disparition de la claudication, de la douleur et même de la sensibilité à la pression.

## § 4. — MASSAGE DANS LES MALADIES DES APPAREILS DE SENSIBILITÉ SPÉCIALE

Dans notre édition de 1884, nous nous sommes étendu longuement sur ce sujet ; notre étude avait alors sa raison d'être car nous tenions à exposer aussi complétement qu'il pouvait l'être l'état de la question. Si nous voulions passer en revue ce qui a été décrit depuis lors sur l'application du massage dans les maladies des yeux, des oreilles, du larynx, nous nous exposerions à transformer notre livre en une sorte d'encyclopédie. Nous nous contenterons donc de rappeler ce qui a été dit et de renvoyer ceux que la question intéresse aux monographies.

Ce fut Donders qui proposa le premier au Congrès ophtalmologique de Londres en 1873 de traiter différentes maladies des yeux par le massage. Deux ans plus tard M. Heiberg rappelait dans un mémoire lu à

la Société de médecine de Christiania, la communication restée inédite du savant oculiste hollandais. Pour son compte, il croyait qu'on pourrait obtenir de bons résultats de manipulations thérapeutiques sagement conduites dans certaines irrégularités de la cornée; vint ensuite Pagenstecher. Celui-ci se constituant l'avocat de la méthode traça des règles précises et bien conçues pour l'appliquer et tâcha d'en poser les indications[1].

En France ce massage fut adopté dès 1880 par M. Panas, et son élève M. Damalix rappela dans un travail publié peu de temps après les bons effets qu'il en avait obtenus[2].

D'autres spécialistes honorablement connus dans la science ont publié des observations et des réflexions plus ou moins intéressantes sur la matière. Citons parmi eux Gradenigo, Chodine[3] Klein[4], Just de Zittau[5], Pedraglia[6], Vicherkiewicz[7], Schnabel[8], etc.

On a employé le massage dans les conjonctivites catarrhales, phlycténulaires, granuleuses; dans les ké-

1. *Arch. f. Augenheilk* Bd x. p. 225.
2. *Archives d'ophtalmologie*, t. I.
3. *Centralbl. f. Augenh.*, 1880, p. 279.
4. *Wien. med. Presse* 1882, 4. *Centralbl. f. Augenh.*, 1880, p. 173.
5. Même journal, 1880, p. 3.
6. Même journal, 1880, 3.
7. *Wien. med. Blätter*, 1882, p. 676.
8. *Deutsch. med. Wochenschr*, 1889, 23.

ratites interstitielles ; dans l'iritis et l'épisclérite, dans le glaucome : il y a eu des insuccès et des améliorations, rarement des guérisons radicales. Si j'en crois mes impressions personnelles, il me semble que la méthode a bien rarement exercé par elle-même une action curative ; en revanche elle paraît venir en aide à d'autres médications et à ce titre mérite d'être conservée. N'ayant pas d'expérience à cet égard, je ne saurais essayer de trancher la question ; cette tâche incombe aux oculistes.

M. Abadie, qui connaissait les premières tentatives faites pour traiter la crampe des écrivains par le massage, en a tiré parti dans le blépharospasme. Une observation publiée par lui en 1882 relate un succès ; il n'y a aucun inconvénient à suivre son exemple. L'indication est formelle ; il est probable que la méthode appliquée à temps et avec une persévérance suffisante donnerait des résultats comparables à ceux qu'elle donne dans bon nombre d'autres affections spasmodiques.

Les auristes ont suivi l'exemple des oculistes et employé différentes manipulations dans les maladies de l'oreille externe, de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne ; nous mentionnons ces tentatives pour mémoire.

# CHAPITRE VIII

## Massage dans les maladies de l'appareil circulatoire

On l'a employé dans les maladies du cœur pour faciliter la circulation en retour et diminuer l'œdème ; on l'a employé dans les angiomes, les varices ; les résultats sans être brillants valent la peine d'être mentionnés.

Arétée conseillait les exercices modérés et le massage chez les cardiaques ; pour les médecins de l'antiquité cette expression était loin d'avoir le sens que nous lui attachons ; souvent ils croyaient le cœur en cause lorsqu'il s'agissait seulement de gastralgies ou de névralgies intercostales.

Galien déclare que chez les hydropiques on fera bien d'avoir recours aux massages pour favoriser la résorption de l'eau qui est sous la peau. Les modernes ont voulu agir indirectement sur le cœur lui-même.

« En soumettant la poitrine, dit M. Georgii, à une espèce de vibration en même temps que cette partie du corps est ramenée en avant par le médecin ou le

masseur, on fait cesser souvent au bout de quelques secondes cette sorte d'évanouissement qui se présente dans les cas de perturbation du cœur. »

Traiter la syncope des cardiaques par les excitations cutanées et la respiration artificielle, rien de mieux ; mais Georgii va beaucoup trop loin, quand il prétend agir directement sur les contractions du cœur [1]. Cruveilhier, moins ambitieux, était mieux inspiré.

« Si l'on se rappelle, dit-il, combien est grande la quantité de sang qui pénètre les muscles de la vie de relation, combien la circulation qui a lieu à travers les muscles agissants est plus considérable que celle qui a lieu à travers les muscles à l'état de repos ; si l'on rapproche de ces faits, d'une part, cette loi de l'économie en vertu de laquelle la fluxion sanguine ne peut être portée au même degré dans deux points à la fois ; d'une autre part, cette autre loi par laquelle l'exercice répété, exagéré d'un muscle, augmente très rapidement sa masse, son volume et son énergie de contraction et développe proportionnellement son système vasculaire, on comprendra facilement quelle dérivation puissante doit opérer sur la circulation et sur la nutrition du cœur, l'exercice simultané de presque tous les muscles de l'économie [2]. »

1. Les manipulations préconisées par Œrtel dans les maladies du cœur me paraissent d'une utilité douteuse.

2. *Anat. patholog.*, t. III, f° 21.

Les exagérations avaient produit ce qu'elles produisent toujours, la défiance puis l'abandon. Dans une thèse soutenue, en 1869, et rédigée sous l'inspiration de M. Constantin Paul, M. Perrussel a rapporté deux observations d'applications du massage dans les maladies du cœur.

L'une avait pour sujet un vieillard de 72 ans atteint d'une affection mitrale qui avait amené de l'hypertrophie. Au moment où fut commencé le massage, le malade, présentant une anasarque généralisée, était en état d'asystolie; la mort semblait imminente, une pneumonie se déclara et il succomba peu de jours après. Si la médication avait produit un effet, ce n'était pas à coup sûr un effet salutaire. Le second malade âgé de 24 ans, présentait une insuffisance aortique accompagnée d'une dyspnée extrême. Le cœur était hypertrophié ; palpitations violentes : œdème des membres supérieurs; insomnie. L'application du massage fut suivie d'amélioration.

Dans les affections du système veineux le massage a été recommandé par Ardouin, Dally, Lepage, etc. Je ne savais rien de leurs travaux quand j'eus l'occasion moi-même de l'appliquer pour des varices volumineuses, superficielles et profondes des deux membres inférieurs, je n'ai eu qu'à m'en louer : Starke et Bruberger l'ont employé contre les varices et les cicatrices laissées par des ulcères variqueux.

Voici comment j'ai appliqué le massage chez un malade atteint de varices.

### Obs. CLXXXVI

*Varices aux deux jambes. — Massage. — Guérison.*

Mme C..., 28 ans, vue pour la première fois en 1880. A depuis quatre ans des varices des deux jambes, marquées surtout du côté gauche. Au-dessous du genou deux dilatations sont seules perceptibles, tandis que sur la jambe il y a des varices nombreuses et très développées. Sur le trajet d'une des veines sinueuses, on trouve des indurations sous-cutanées atteignant le volume d'une noisette (larges de 1 cent., longues de 1/2). Gonflement œdémateux des deux jambes, surtout de la gauche. Au-dessus des malléoles, bourrelet œdémateux plus accusé le soir. Employée dans un magasin, elle est obligée de rester debout la plus grande partie de la journée; le soir elle peut difficilement regagner son domicile ; pendant l'été, les varices sont douloureuses.

Le pied est mis dans l'élévation; frictions des tumeurs variqueuses, pétrissage des indurations. Au bout de deux mois, sans que la malade eût été obligée d'interrompre son travail, il restait seulement quelques varices sur la face postérieure de la jambe. Le soir, il n'y a plus d'œdème, la marche n'est plus pénible ; station debout peu fatigante. Les indurations ont notablement diminué. A la cuisse, les varices sont toujours dans le même état.

J'ai revu cette malade au mois de février 1882, elle avait fait avec sa famille un séjour de deux ans en Algérie. Les varices avaient un peu augmenté de volume, mais il n'y avait jamais eu depuis de douleur ni d'œdème.

Depuis lors, on a procédé avec beaucoup plus de hardiesse, l'observation suivante va nous le montrer :

### Obs. CLXXXVII (Kormann)

*Phlegmatia alba dolens. — Massage. — Guérison* [1].

M<sup>me</sup> Schw., convalescente de fièvre puerpérale, est prise, le 30 janvier 1883, de phénomènes fébriles et de douleurs dans la jambe gauche qui augmentèrent le matin. A ce moment, la température est à 38°, 5 P = 96, œdème douloureux de tout le membre. Au-dessous de l'arcade crurale, dans le triangle de Scarpa, tumeur du volume d'un œuf de pigeon. On diagnostique une phlegmatia alba dolens avec thrombose de la veine crurale.

Laissant de côté tous les moyens employés jusqu'à ce jour, sauf les laxatifs, on employa le massage et on obtint un succès. La jambe gauche fut placée sur un plan incliné oblique, de telle sorte que la pointe du pied fût plus haut que la tête de la malade. Au début, on masse à partir de la pointe du pied, en pressant légèrement, mais plus tard un peu plus énergiquement en accordant une attention toute spéciale aux organes internes de la cuisse sur le groupe des adducteurs, qui étaient douloureux et dont l'augmentation de volume avait occasionné la tuméfaction de la cuisse. Le massage fut fait sur ces muscles de haut en bas et de dedans en dehors. Ensuite, l'élévation fut maintenue par un sachet de sable placé au-dessous de la jambe, de manière qu'elle fût plus élevée que le fémur et les muscles de la cuisse tuméfiés. A la suite des tractions exercées par le massage sur la peau et les muscles, la circulation devint meilleure et la douleur disparut.

1. *Allgemeine Centralzeitung*, février 1883.

Surpris par les résultats de cette première séance, l'auteur refit du massage le lendemain, puis une nouvelle application du pansement de Priessnitz en ayant soin d'élever la jambe et de l'entourer de serviettes pliées de la largeur de la main. On plaça une compresse de soie au-dessus, puis une couche de ouate. Le lendemain matin, le pansement et le lit étaient tout à fait humides ; le membre était notablement moins œdématié, il n'y avait plus qu'un peu d'œdème des adducteurs, plus de douleur pendant le repos, température normale. La tumeur était devenue notablement plus petite ; frictions légères de crainte d'embolie. On répète la même manœuvre le soir et on donne une tasse d'infusion de jaborandi, 5 gr., pour déterminer la sudation. Quatre jours après le début du traitement, tout danger avait disparu, la tuméfaction n'avait plus que le 1/3 de son volume primitif, au bout de douze jours la malade put quitter le lit, aidée d'un bâton. L'état général est bon ; le teint est meilleur et les forces augmentent.

M. Kormann a soulagé sa malade dès le premier jour ; il l'a remise sur pied très vite ; elle a été contente, la famille a été enchantée ; tout a été pour le mieux.

Je ne conseillerais pas de recourir au massage dans ces conditions. Qu'on procède aussi doucement qu'on voudra, on s'expose, à fragmenter et à mobiliser des caillots, à semer de la graine d'embolies. Le résultat obtenu, si satisfaisant qu'il soit, ne saurait être mis en balance avec le péril auquel on s'expose.

On ne saurait faire la même objection au traitement des angiomes. Il y a plus de 30 ans, Velpeau avait remarqué que les ecchymoses ou les bosses sanguines disparaissent très vite par le massage. Estradère a relevé ce qui suit dans un journal de l'époque :

« Toute collection sanguine qui demande six semaines pour se résoudre sous l'influence exclusive des topiques peut-être guérie en deux jours par l'écrasement ; en comprimant avec les paumes la collection sanguine. M. Velpeau a forcé le sang à s'infiltrer dans les mailles du tissu cellulaire ; or on sait que le sang infiltré, extravasé se résorbe bien plus rapidement que le sang formant dépôt et il suffit en effet pour achever la guérison de quelques applications résolutives, dont à la rigueur on pourrait se passer. L'écrasement ou plutôt le massage forcé, auquel on a recours dans ce cas, est donc véritablement un remède salutaire et dépourvu d'inconvénients. Il est un peu douloureux, il est vrai, mais au bout d'une demi-heure, toute sensation pénible a cessé. »

C'est le principe de la division de l'épanchement, de l'accélération de l'absorption locale appliqué avant qu'il fût formulé. Mezger s'en est servi *a posteriori* ; il a pensé que ce qui réussissait pour les ecchymoses, pourrait être utile dans les angiomes. Le titre même qu'il a donné à l'unique observation publiée par lui sur ce sujet indique assez ce qu'il cherche en

traitant les tumeurs vasculaires sanguines ; il essaye de déchirer les vaisseaux sous-cutanés. Nous avons vu à propos des synovites fougueuses le broiement destiné à favoriser la régression graisseuse et par suite la résorption des granulations inflammatoires. Plus récemment, un médecin danois M. Meyer, a mis la méthode en pratique pour guérir des hématomes spontanés ou traumatiques du pavillon de l'oreille ; il en a eu raison lors même que des opérations chirurgicales beaucoup plus énergiques n'avaient pas donné de résultats. Les observations suivantes nous le démontrent :

Obs. CLXXXVIII (Meyer)

*Angiome du pavillon de l'oreille. — Massage. — Guérison.*

Le 30 octobre 1874, l'auteur fut consulté par un homme très robuste pour une tumeur de la face externe de l'oreille ; elle s'était développée sans lésion préalable et presque sans douleurs, six semaines auparavant. Cette tumeur avait été depuis quatre jours soumise au traitement chirurgical. Incision, évacuation d'une certaine quantité de sang liquide. Réunion avec des bandelettes agglutinatives. La tumeur récidive très vite, nouvelle incision ; on remplit le fond de la plaie de charpie. Le traitement a été interrompu parce que de violentes douleurs s'étaient développées dans l'oreille et dans la moitié correspondante de la tête et avaient persisté même après l'enlèvement de la charpie. Le malade avait alors interrompu le traitement.

Au moment où l'auteur le voit, toute l'oreille externe à

l'exception du lobule est rouge, chaude et douloureuse. La tumeur est limitée à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané; sur toute la partie correspondant au bord supérieur de la conque, sauf l'hélix, on trouve sous la peau enflammée une élévation ovale, horizontale, tendue, mais sensiblement fluctuante. Celle-ci présente une dépression triangulaire (trace de la fosse triangulaire) et sur la partie la plus inférieure, on remarque une plaie horizontale longue de un centimètre. Sur un moulage on trouve que la plus grande élévation de la tumeur est de 17 millimètres. A l'exception de ses douleurs dans l'oreille et dans la tête, l'état du malade est tout à fait satisfaisant. Son intelligence est intacte, il a un aspect robuste, pléthorique, n'a jamais été malade. Tous ses parents sont bien portants ; son père a été atteint toutefois, vers l'âge de 65 ans, de mélancolie religieuse.

On applique pendant quatre jours de l'eau blanche, et la peau reprend son aspect naturel, la douleur et la sensibilité ont disparu. La tumeur horizontale persiste, elle est toujours fluctuante. Il ne pouvait plus être question de recourir de nou-eau au traitement chirurgical. D'un autre côté, le malade désirant être guéri le plus tôt possible, il était difficile de s'en tenir à l'exceptation pure et simple ; c'est alors que l'auteur résolut d'avoir recours au massage. A ce moment le procédé était encore nouveau en Danemark, de plus l'auteur avait vu avec quelle rapidité il détermine la résorption d'exsudats sous-cutanés. M. Meyer pratique le massage lui-même et enseigne au malade la manœuvre très simple qu'il y avait à faire. Après le massage, on place un bandage compressif consistant en deux pelotes de charpie, une sur la face externe de l'oreille et une autre sur la face interne et un bandage destiné à fixer le tout. Ce malade retourne ensuite chez lui, on lui recommande de

porter le bandage constamment et de faire quatre fois par jour des massages pendant un quart d'heure à chaque fois. Au bout d'une semaine, la tumeur avait complètement disparu. Les restes consistaient en deux stries légèrement saillantes, horizontales, résistantes, l'une s'étendait dans la fosse scaphoïde au-dessous de la partie supérieure de l'hélix.

Afin de produire la résorption de ces reliquats, j'ai recommandé de faire encore pendant quelque temps le massage.

Résorption totale, un peu d'épaississement au niveau de la cicatrice. Au bout de deux mois, la seule différence qui existât entre les oreilles du malade était constituée par l'épaississement de la cicatrice du côté opposé. Les veines sous-cutanées étaient également visibles des deux côtés. Avec un examen très soigneux, on finissait par découvrir une très légère différence entre l'épaisseur et la transparence de l'oreille du côté qu'avait occupé l'hématome.

On eut de nouveau recours au massage, à l'aide duquel on eut raison de l'hématome en trois semaines. Depuis lors, il n'y a pas eu de récidives et il est impossible de constater à la vue aucune différence entre les oreilles.

Le même malade se représenta chez l'auteur, le 30 avril 1876, il avait été parfaitement bien dans l'intervalle. Cette fois, il avait un hématome de l'oreille droite développé depuis trois semaines, sans douleurs, sans lésions appréciables et présentant absolument les caractères de l'othématome précédemment décrit. Les téguments étaient violacés, brillants et de tempé-

rature normale La tumeur n'était pas sensible à une pression modérée. A l'aide d'une ponction exploratrice, on évacue quelques gouttes d'une sérosité claire.

# CHAPITRE IX

## Massage dans les maladies du tube digestif et de ses annexes

Les phénomènes mécaniques de la digestion ont une importance assez sérieuse pour qu'il soit permis de supposer qu'un agent physique tel que le massage, capable d'augmenter l'énergie des contractions musculaires, a dû plus d'une fois rendre des services dans les troubles gastro-intestinaux.

C'est, en effet, comme excitant des mouvements péristaltiques qu'on l'a employé d'abord. Percy et Laurent, Georgii, Récamier, l'avaient recommandé dans ce but.

« Lorsqu'on est bien assuré, disait Piorry, à propos de la constipation, par le toucher du rectum, qu'il ne s'y trouve pas d'obstacles mécaniques à la sortie des fluides élastisques et lorsqu'on a surtout des raisons pour attribuer l'accumulation des gaz à l'atonie du tube digestif et à l'extrême dilatation de celui-ci, on peut employer avec succès les pressions sur l'abdomen. On commence par les pratiquer sur la région iliaque gauche et de haut en bas, de manière à conduire

les fluides élastiques du côlon vers le rectum ; ensuite on exécute la même manœuvre, d'abord sur le côlon descendant et enfin sur l'intestin grêle. C'est avec assez d'énergie que de semblables pressions doivent être faites. Elles consisteront en des mouvements doux, en frictions dirigées jusque dans la profondeur de l'abdomen. Ce moyen thérapeutique rationnel est entièrement fondé sur l'anatomie [1]. »

M. Averbech emploie aujourd'hui une méthode analogue.

« Les maladies des organes de la digestion et en particulier les obstructions, dit-il, constituent une des indications les plus nettes du massage. Lorsqu'il n'existe pas d'autre chose en même temps, elles sont constituées par de simples anomalies de secrétion, alors on peut garantir la guérison dans le cours de un ou deux mois, de trois ou quatre au plus tard. » Cet auteur rapporte une observation catégorique destinée à le prouver.

Ces idées ont été adoptées il y a déjà longtemps en France, dans les pays scandinaves, en Allemagne, en Russie. On emploie le massage de l'abdomen dans les affections du tube digestif et de ses annexes ; les citations de Piorry que nous avons faites prouvent qu'il conseillait les deux manœuvres adoptées encore aujourd'hui pour l'abdomen, l'effleurage et le pétrissage ;

1. *Traité de médecine pratique*, n° 28, vol. III.

mais si le praticien n'avait pour se guider que les lignes consacrées par lui au manuel opératoire, on pourrait dire qu'il est abandonné à ses propres ressources. Le massage est en théorie d'une extrême simplicité; en pratique il exige des précautions rendant souvent son application délicate.

Certains de mes confrères l'ont compliqué en y ajoutant des mouvements variés et bizarres. J'ai fait mon possible pour le simplifier et je n'ai jamais eu à m'en plaindre. Chaque cas réclame des modifications légères des procédés habituels; cette particularité n'est nullement propre à l'intestin, nous l'avons relevée à propos des articulations, des muscles et des nerfs.

Voici comment je procède : le malade est placé dans le décubitus dorsal, la tête un peu élevée, les jambes fléchies.

Sa position doit être telle que le corps ne soit pas trop fléchi dans la région lombaire, sinon les viscères en se pressant les uns contre les autres augmenteraient la tension de la paroi abdominale. On recommande au malade de respirer régulièrement, on tâche d'attirer son attention, on le fait parler si c'est possible. Lorsqu'il est anxieux et attentif, il respire mal : dans le cas contraire, sa respiration est presque toujours régulière.

Il vaut mieux faire le massage lorsque la digestion

est peu avancée, c'est-à-dire 2 ou 3 heures après le repas.

Il faut qu'il porte sur l'intestin même : pour cela on tâche de vaincre la résistance de la paroi abdominale qui se contracte au moindre effort. On y arrive sans difficulté chez les personnes qui n'ont pas trop d'embonpoint ; chez les gens obèses et nerveux, à sensibilité et à fermeté exagérées de la paroi abdominale, c'est plus difficile. Dans ces cas il est bon de prendre les précautions que j'ai indiquées à propos du massage utérin et que je me propose de répéter un peu plus loin. De la patience, de la fermeté, de la douceur voilà ce qu'il faut à celui qui entreprend de traiter les organes abdominaux par le massage.

On saisit autant que possible entre le pouce et les autres doigts une partie de la circonférence de la paroi du côlon et on la soumet à un pétrissage énergique tout en procédant dans un sens opposé à celui qu'on a suivi d'abord. Ces manœuvres ne sont pas applicables à la portion profonde du cœcum et de l'S iliaque dépourvus de mésentère ou n'en ayant qu'un très court.

Certains praticiens essaient de saisir seulement un petit segment du côlon ; cela n'est possible que si la paroi de l'abdomen est mince et souple ; autrement on n'a que cette paroi entre les doigts lorsqu'on croit tenir l'intestin. Dans la pneumatose habituelle du côlon cette manipulation est encore plus difficile.

Des séances quotidiennes de 15 à 20 minutes sont nécessaires. Il est rare qu'après un traitement de 4 à 6 semaines on n'ait pas obtenu le résultat espéré ; dans quelques cas ce résultat se fait attendre 2 à 3 mois ; si les conditions sont bonnes au début, l'amélioration est rapide ; j'ai noté parfois un mieux manifeste au bout d'une ou deux semaines.

Je ne crois pas que des contractions réflexes de la vésicule biliaire se produisent autrement qu'à titre passager.

J'ai traité des constipations accompagnées d'un météorisme considérable chez des névropathes, surtout chez des hystériques et des hypocondriaques ; les résultats ont été en général très satisfaisants. L'hydrotérapie et l'électricité sont alors avantageuses. Les récidives sont plus fréquentes que dans les constipations d'une autre nature ; cela s'explique car la cause réelle de l'anomalie, au lieu d'être locale, réside dans le système nerveux ; tant que celui-ci n'a pas repris ses conditions normales toutes sortes de manifestations peuvent se produire. L'amélioration même passagère qu'on obtient dans ce cas n'est nullement à dédaigner.

En somme le massage me paraît agir de la manière suivante contre la constipation : 1° Les contractions des parois abdominales déterminées par les manipulations contribuent à activer la marche des matières

fécales; 2° Les péristaltiques sont augmentés par des contractions réflexes de la tunique musculaire de l'intestin ; 3° L'accélération de la circulation veineuse et lymphatique, l'hypersécrétion de la bile et du suc pancréatique qu'il détermine, augmentent notablement la quantité des liquides intestinaux ; 4° On fragmente les amas fécaloïdes en activant ainsi leur propulsion vers le rectum.

Souvent la guérison persiste après le traitement, mais il est parfois nécessaire de recommencer à plusieurs reprises. J'ai rencontré des cas rebelles ; presque toujours il s'agissait de parésies consécutives à des péritonites ou à l'hystérie.

Jusqu'à ces derniers temps j'ai fait le pétrissage abdominal en suivant les règles tracées par la plupart de ceux qui s'en sont occupés ; je commençais à l'origine du gros intestin à peu près au niveau de la valvule iléo-cæcale, et j'avançais peu à peu vers le rectum, j'avais de moins bons résultats qu'aujourd'hui. Je suis maintenant une direction opposée. Une friction énergique est faite ensuite avec le pouce le long du gros intestin de manière à favoriser la propulsion des matières déjà désagrégées vers le rectum.

La séance finit par un pétrissage de tout le paquet intestinal avec les deux mains et un tapotement.

De ces différents effets je crois que le plus persis-

tant sinon le plus énergique c'est l'action exercée par voie réflexe sur les fibres lisses de l'intestin. On les oblige à se contracter souvent, grâce à des irritations mécaniques indirectes; cette gymnastique leur rend en partie la tonicité qu'elles avaient perdue et une excitation légère, comme celle que produit le bol fécal cheminant, détermine des péristaltiques ce qui ne serait jamais arrivé dans l'état d'atonie antérieur.

J'ai eu de bons effets du massage dans plusieurs affections douloureuses de l'intestin; dans trois cas d'entéralgie qui semblaient idiopathiques, j'ai réussi à obtenir des guérisons absolues : les malades étaient des femmes jeunes et nerveuses. Au début, je procédai avec une grande douceur et grâce à cette précaution, les manipulations furent bien supportées. La durée totale du traitement fut de 6 semaines à deux mois; chez un de ces malades, une jeune cantatrice suédoise, des crises d'entéralgie d'une violence extrême se produisaient pendant le jour et la nuit; elles laissaient toujours à leur suite un grand épuisement. La malade, bien portante auparavant, avait employé sans résultat de nombreux traitements entre autres l'hydrotérapie et l'électricité. Après une semaine de massage, elle était soulagée, après 6 elle se déclara guérie. Je l'ai revue quelques mois après la fin du traitement, aucune récidive ne s'était produite.

J'ai traité par le massage des diarrhées chroniques; en général les résultats se sont fait attendre. Dans 4 cas, j'ai obtenu des guérisons après 2 mois; dans 3 de ces cas il y a eu des récidives après 5, 6, 8 mois; le massage repris à ce moment n'a donné que des résultats temporaires.

Les reliquats des typhlites et des pérityphlites sont une cause de constipation plus fréquente qu'on ne croit; Hünerfauth en a trouvé dans 15 0/0 des cas. Il reste à la suite de ces maladies une atonie du cœcum qui s'étend à une bonne partie du côlon transverse. Comme un effort relativement sérieux de cette partie de l'intestin est nécessaire pour que la propulsion du bol fécal soit assurée, cette atonie est une cause de stase et de constipation; s'il y a des adhérences du voisinage, des brides cicatricielles qui diminuent plus ou moins le calibre du cœcum, nous ne devons pas nous étonner d'avoir affaire à une de ces constipations opiniâtres contre lesquelles ne peuvent rien la plupart des remèdes.

Il faut faire le massage avec beaucoup de soin et de précaution. Avec de la brusquerie, on provoquerait une douleur extrêmement vive et on s'exposerait à une réaction inflammatoire peut-être dangereuse. Procédez avec une grande douceur, et vous finirez par rendre à la musculature du côlon sa contractilité; par provoquer la résorption d'adhérences

relativement étendues ; il ne faut pas désespérer parce que l'effet tarde à se produire. Les adhérences peuvent toujours se résorber lorsque les accidents aigus ne remontent pas à plus de deux ou trois mois. Dans cet intervalle leur organisation n'a pu devenir complète, elles ne sont presque jamais fibreuses. On guérit la constipation dans la plupart des cas en les faisant disparaître : afin de faciliter ce résultat, j'ai presque toujours soin de masser en même temps le côlon.

Certains auteurs parlent d'une constipation habituelle qui dépendrait du relâchement des parois abdominales. On l'observerait surtout chez les multipares dont les accouchements ont été si rapprochés que les muscles distendus par la dilatation de l'utérus gravide, n'ont pas pu reprendre leur tonus naturel. Je crois que l'atonie de l'intestin et sa dilatation par les gaz jouent un rôle plus important que le reste.

Tous ceux qui se sont occupés du massage de l'intestin considèrent comme des contre-indications les ulcères. Ils redoutent les perforations que l'application de la méthode pourrait provoquer ; je crois qu'ils ont raison.

Inutile d'ajouter que la grossesse constitue également une contre-indication ; je connais des personnes chez lesquelles on a fait le massage de l'abdomen dans

les premiers mois d'une grossesse non soupçonnée et qui a suivi son cours ; il ne faut jamais compter sur une pareille tolérance.

Les constipations opiniâtres constituent à tous les âges de la vie une des indications les plus catégoriques du massage ; pour les enfants il produit d'excellents effets. Chez eux, la constipation a le plus souvent son siége dans la partie inférieure du gros intestin ; je l'ai fait souvent disparaître en massant le côlon. L'application du procédé dans le jeune âge réclame des précautions extrêmes ; au début on massera les très jeunes enfants pendant qu'ils tètent. Pour les plus âgés j'engage les parents à se munir de friandises et à faire accompagner s'ils le peuvent l'enfant par un petit camarade déluré et babillard qui détourne son attention ; autrement tous les raisonnements qu'on pourrait faire pour l'engager à mettre ses muscles de l'abdomen dans le relâchement seraient perdus. Dans l'observation suivante, le succès pouvait sembler problématique car la constipation remontait aux premiers mois de la vie et pourtant on obtint avec le massage une guérison définitive.

## Obs. CLXXXIX

*Constipation opiniâtre remontant aux premiers temps de la vie chez une enfant de 8 ans. — Massage. — Guérison.*

B. Fillette de 8 ans, de New-York ; d'après ce que racontent ses parents, elle aurait toujours été constipée. Jusqu'à 3 mois on réussissait à la faire aller régulièrement à la garde robe en lui donnant des lavements.

Depuis cet âge, ce procédé n'a plus suffi, il a fallu administrer par voie buccale presque toute la série des laxatifs et des purgatifs de la pharmacopée américaine.

Dans ces derniers temps on a eu recours à une alimentation dite rafraîchissante et composée principalement de farine de gruau. L'année dernière, n'ayant eu qu'une seule selle en trois jours encore grâce à l'emploi des moyens indiqués, elle a éprouvé pendant 24 heures des convulsions que les médecins ont attribuées à un amas fécal dans le côlon. Elles cessèrent après les fortes selles amenées par l'administration d'un purgatif énergique.

Je vois cette enfant pour la première fois en novembre 1888. Après m'avoir raconté les détails que je viens de rapporter, la mère ajouta que sa petite fille, habituellement réservée, presque morose, s'isolait le plus qu'elle pouvait et ne prenait presque jamais part aux jeux des enfants de son âge.

J'essaye le massage, sans toutefois promettre un résultat brillant. Au début il fut assez difficile ; sous la pression de la main, le grand droit de l'abdomen se contractait avec énergie.

Je me bornai à agir sur la paroi. Après 14 jours, je réussis

à diminuer suffisamment sa sensibilité pour pouvoir masser l'intestin. 15 jours plus tard selle régulière, normale, rendue spontanément sans lavements. On continue le traitement pendant 1 mois ; l'enfant put aller à la garde robe régulièrement à des intervalles à peu près physiologiques, sans un seul lavement.

Le caractère de la fillette a complètement changé ; à mesure que le fonctionnement de l'intestin s'est mieux fait, elle est devenue vive, alerte, rieuse et n'est plus reconnaissable. Deux récidives légères au bout de quelques semaines dont on a facilement raison par le massage. La guérison s'est maintenue.

En régularisant les fonctions intestinales on a souvent raison d'un certain nombre de symptômes surajoutés à l'accident primordial : céphalalgies à formes migraineuses ; obsessions, dyspepsies rebelles. Les observations qui suivront, en fourniront des exemples.

Chez l'adulte la constipation a dans la plupart des cas le gros intestin pour siège principal. Après quelques temps je masse avec une certaine énergie mais sans violence.

### Obs. CLXXXIX

*Constipation remontant à plusieurs années. — Massage. — Guérison*

Vicomtesse B., 46 ans, brésilienne, tourmentée depuis 16 ans, par une constipation opiniâtre. Eprouve « des aigreurs

d'estomac, des maux de tête, » malgré cela sa santé est satisfaisante. Si elle ne prend pas des lavements il est rare qu'elle puisse aller à la garde-robe, plus souvent que tous les 3 jours. A pris tous les purgatifs connus, chacun produit une selle, pas davantage. Depuis quelques années, son état s'est aggravé et son ventre est devenu de plus en plus paresseux ; elle a dû augmenter petit à petit la dose des purgatifs.

Le massage est difficile, parce que la malade a beaucoup d'embonpoint ; et une grande sensibilité dans le ventre, particulièrement du côté gauche ; comme cette personne est nerveuse et très irritable, j'ai dù recourir à d'extrêmes ménagements pour arriver à faire sérieusement le massage.

Au début, il me fut impossible de pénétrer dans la profondeur du ventre et arriver au côlon et au paquet intestinal ; j'entrepris d'abord le massage des parois abdominales seules, afin de les assouplir et de diminuer leur sensibilité. Il me fallut 3 semaines pour arriver à saisir le côlon ; 15 jours plus tard, les bons effets du traitement commencèrent à devenir évidents. Selles quotidiennes, normales de qualité, sans lavements. Voulant un résultat définitif, je prolongeai la cure pendant six semaines. Les trois dernières, elle ne fut pas un seul jour sans aller régulièrement à la garde-robe. Les phénomènes dyspeptiques et les maux de tête ont complètement disparu.

Le traitement a été terminé au mois d'octobre 1888, j'ai eu des nouvelles de cette personne au mois de mai 1890 ; la guérison s'était maintenue.

### Obs CXCI

*Constipation datant de longtemps. — Massage. — Guérison.*

Mlle R., 28 ans, hongroise, se plaint de constipation, presque depuis l'enfance. Depuis 2 ans surtout, cette constipation est devenue opiniâtre et fatigante. Elle attribue cette exagération à un refroidissement qu'elle aurait éprouvé vers cette époque. Sans lavements ne va guère à la selle que tous les 3 jours. Pas de douleurs locales. Peu à peu elle a perdu l'appétit, a maigri, est devenue triste et mélancolique, un médecin de Vienne, lui a conseillé une cure à Marienbad, qu'elle a faite l'été dernier, le résultat a été complètement nul. La nuit, compresses d'eau froide sur le ventre sans plus de résultat.

Elle s'adresse à moi au mois de décembre 1888.

Mieux sensible après 3 semaines de massage. Une période menstruelle arrive à ce moment et paraît anéantir tout ce qu'on a obtenu et la ramener à l'état antérieur.

Découragée, elle abandonna le traitement, mais au bout de quelques jours, les conséquences immédiates des règles étant passées, l'amélioration reparut. Elle reprit donc le massage. On le continua trois mois en l'interrompant seulement aux époques menstruelles et dans le cours d'une indisposition accidentelle qui dura 12 jours.

A l'époque de la constipation, les matières rendues par les selles étaient dures, elles avaient la forme de petites boules; les gardes robes étaient accompagnées de vives douleurs. Depuis lors, le ténesme a disparu, les matières sont bien moulées et ont la consistance normale.

J'ai revu cette personne au mois de juillet 1889, elle avait été régulièrement à la garde-robe, tous les jours depuis la fin du traitement, l'appétit était revenu ; elle avait repris de l'em-

bonpoint et cette amélioration de la santé semblait avoir chassé pour toujours les idées noires.

C'est surtout à un âge avancé de la vie que la constipation est fréquente et qu'elle est grave. Les parésies intestinales ne sont nullement rares. Grâce à l'inertie de la tunique musculaire, il se fait de véritables obstructions. Si la rétention n'est pas absolue et que les malades aient des selles à peu près régulières on se méprend très souvent sur la nature des accidents dont ils souffrent. Le professeur Lasègue a rapporté dans une leçon faite dans une des dernières années de sa vie l'observation d'un cas dans lequel une obstruction intestinale d'origine fécale fut prise par les premiers cliniciens de l'époque pour une tumeur intra-abdominale. Chez le malade dont on va lire l'observation les accidents, un peu moins graves, étaient encore singulièrement inquiétants.

### Obs. CXCII

*Parésie intestinale chez un vieillard. — Accidents d'occlusion intestinale. — Purgatifs, lavements, sans succès. — Massage. — Débâcle au bout de trois jours. — Continuation du traitement. — Guérison de la constipation.*

M. R..., 66 ans, Anglais, très robuste, déclare que sa santé serait excellente s'il n'était pas tourmenté depuis plusieurs années par une constipation opiniâtre. Il reste parfois plusieurs jours sans aller à la garde-robe et presque toujours dans ces conditions, il éprouve des douleurs abdominales très pénibles. Lorsque je fus appelé près de ce malade, à la

fin du mois de mars 1889, il n'avait pas eu de selles depuis 8 jours. Tout au début, il n'avait ressenti que de légères douleurs intra-abdominales; pas de vomissements ; peut marcher, se livrer à ses occupations habituelles. Laxatif (pilules de Morrison) cette fois sans effet. Les lavements n'en ont pas davantage. Quatre jours avant mon arrivée, le malade avait été pris de douleurs abdominales très vives, siégeant dans le côté gauche du centre et particulièrement dans le milieu vers la région ombilicale. Comme son état commençait à devenir alarmant, il fit venir son médecin qui lui administra de l'huile de ricin à dose assez élevée ; ce purgatif est immédiatement vomi ; lavements huileux administrés à l'aide d'un long tube de caoutchouc, ne produisent aucun effet; c'est à ce moment que l'on conseille le massage. Quand je vois ce malade pour la première fois il me donne les détails que je viens de rapporter et ajoute que depuis 4 jours il vomit absolument tout ce qu'il prend; qu'il n'a pas pu garder autre chose que du lait glacé et encore en en absorbant de très petites quantités à chaque fois. La viande crue, les œufs à la coque et tous les autres aliments également légers sont vomis aussitôt qu'ils sont pris. Nausées, mais pas de vomissements en dehors de l'ingestion des aliments. Ne peut fermer les yeux de la nuit; est extrêmement fatigué le matin.

Léger ballonnement du ventre. Sensibilité à la pression le long du côlon transverse et du côlon descendant, surtout dans la région ombilicale. On sent distinctement à travers la paroi abdominale un cylindre. Deux autres volumineux paraissent remplir le côlon dans les parties déclives et surtout dans le flanc gauche. Cet intestin paraît fortement distendu. Par le toucher rectal, je trouve une masse énorme, très dure, et dont le siège paraît correspondre à l' S iliaque. La dureté était telle que je

crus à un moment qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse ou épithéliale de la paroi de l'intestin ; ou encore d'une production fibreuse du bassin qui s'étant déplacée avait produit de l'occlusion intestinale par compression du rectum ou de l' S iliaque du côlon. Un examen plus attentif me montra qu'il s'agissait bien d'une masse fécale dont l'agglomération avait été produite par une parésie de l'intestin comme on en rencontre souvent chez les gens âgés.

*Massage.* — Je commence par les points les plus rapprochés du rectum et je continue peu à peu de manière à arriver au voisinage du cœcum. Le procédé était assez douloureux, et je ne pouvais malgré mon intention agir sur les masses fécales avec la force et l'énergie qui m'eussent paru nécessaires. Vers la fin du second jour (après 4 séances) nous n'avions par encore eu de selles (quelques scybales très dures seulement dans la matinée). Le 3e jour la sensibilité de la paroi abdominale ayant notablement diminué, je puis enfoncer le doigt assez profondément vers la masse fécale. Ce jour là, ce malade eut quelques heures après mon départ de violentes coliques suivies d'une véritable débâcle. Matières extrêmement dures et d'une fétidité repoussante. Il y en a eu dans une première selle une quantité suffisante pour remplir un vase de nuit. Les coliques, le débordement qui suivit eurent pour résultat de fatiguer beaucoup le malade, mais cette période d'abattement très courte fut suivie d'un état de bien être qui ne cessa plus. L'appétit revint ; les forces augmentèrent à vue d'œil, 3 jours après la débâcle, nouvelle selle à la suite d'un lavement. Craignant que par suite de la parésie intestinale, des accidents analogues à ceux qui s'étaient produits une première fois ne reparussent, je conseillai au malade de se faire masser pendant plusieurs semaines ; il y consentit. Massage

quotidien; pendant ce temps, presque tous les soirs, selles normales. J'ai eu de ses nouvelles au mois de janvier 1890, la guérison s'était maintenue.

Des faits analogues à celui qu'on vient de voir ont été rapportés de différents côtés. Le docteur Buch de Thevski Sovod (Russie) fut amené à pratiquer le massage par l'examen critique d'une observation publiée dans un journal allemand[1]; il s'agissait d'une occlusion intestinale contre laquelle on avait eu recours à diverses médications restées sans résultat jusqu'au moment où l'on eut l'idée de leur adjoindre le massage.

Kormann a décrit un iléus guéri par un lavement d'eau froide. La malade était une vieille femme chez laquelle tous les symptômes s'étaient développés en six mois, malgré les lavements, les purgatifs, les injections de morphine. Du côté droit de l'abdomen, dans la région iléo-cæcale, tumeur en boudin au-dessous de laquelle on trouvait une masse molle, rénitente, formée très probablement par la rétention des fèces. Kormann diagnostiqua une invagination de l'intestin grêle dans le cœcum et injecta dans le rectum plusieurs grands lavements d'eau chaude sans résultat. Au bout de dix jours, lavement de deux litres d'eau glacée; on masse avec précaution la région iléo-cœcale. Gargouillement, la tumeur diminue et la

1. *Berl. Klin. Wochenschr.* 1879.

malade est notablement soulagée. Au bout de deux heures, selle copieuse ; guérison sans autres accidents.

Kormann ne semble pas avoir remarqué que le gargouillement, la diminution de la tumeur et l'amélioration de l'état général fussent survenus après le massage, de sorte que l'on est disposé à ne lui accorder qu'une part insignifiante. M. Vladimirov, qui a analysé l'article dans le *Meditsinskoe Obozrienie*, a rappelé un cas analogue publié par M. Serbski [1].

Il est relatif à un jeune garçon de six ans, présentant tous les symptômes d'une invagination (tumeur iliaque gauche en boudin, douleurs violentes dans l'abdomen, vomissements, météorisme, ténesme, collapsus).

Après avoir essayé en vain les lavements et les purgatifs, on résolut de ponctionner l'intestin pour donner issue aux gaz, puis on essaya de masser la tumeur. Au bout de dix minutes, le masseur, qui procédait avec beaucoup de précaution, à cause de la douleur, sentit quelque chose lui glisser entre les doigts ; il entendit en même temps un fort gargouillement et la douleur disparut. Il y eut un vomissement abondant, puis l'enfant s'endormit et quand il se réveilla, les symptômes fâcheux n'existaient plus. Pendant la nuit, selles copieuses, la guérison eut lieu sans accidents.

1. Moskovskaia meditsinskaia Gazeta, 1878, n° 37.

Dans de pareilles conditions, il n'y avait ni témérité ni audace à profiter de l'enseignement qu'un heureux hasard avait fourni. Buch n'eut garde d'y manquer et dans le cours de l'année 1880, il fit disparaître deux étranglements internes par une application persévérante du massage. Voici un de ses faits :

### Obs. CXCIII (Buch)

*Occlusion intestinale. — Massage. — Disparition des accidents.*

L., aubergiste, toujours bien portante n'a eu aucune selle depuis quatre jours, alternatives de vomissements et de douleurs dans l'abdomen. L'auteur trouve cette malade sous le coup de violentes douleurs, son visage présente l'expression de l'anxiété la plus vive, douleurs à la pression, météorisme, dyspnée. Injection de morphine sous les téguments du ventre ; pas de hernies ; à gauche au-dessus de l'ombilic tumeur en boudin, mobile, recourbée ayant la convexité dirigée en haut et à gauche ; les deux extrémités se rapprochent dans la région ombilicale. Il n'est pas douteux que la masse fécale que l'on sent ne se trouve dans une circonvolution de l'intestin grêle et que la cause de la rétention ne soit une invagination ; un grand lavement ne saurait être dans ces conditions d'aucune utilité. Massage à la surface de la tumeur. L'auteur résolut alors de refouler avec précaufion les masses fécales de l'intestin, et comme il ignorait quelle partie il avait en réalité sous la main, il exerça des frictions alternativement dans un sens et dans un autre, de telle sorte qu'il vida presque l'extrémité de la tumeur, puis alla peu à peu vers le milieu, jusqu'à ce qu'il n'en restât plus plus de traces. Il n'y a pas eu de gargouillements.

Le lendemain, la malade était levée, elle avait eu une riche garde-robe, quelques heures après l'application du procédé; le matin elle était très bien.

Les succès de Kormann, de Serbski, de Buch, ont conduit celui-ci à des réflexions intéressantes sur la méthode et le parti qu'on peut en tirer.

« De nos quatre cas, dit-il, l'un est relatif à un étranglement au niveau de la valvule de Bauhin, tandis que les trois autres sont des invaginations ; dans ces conditions, il nous est impossible de fixer le point de l'étranglement à moins que nous ne sentions à la palpation la tumeur formée par les matières arrêtées. Quand on frictionne de haut en bas sur le trajet de l'intestin, on agit de deux façons ; 1° on fait passer les fèces par la portion rétrécie et on tend à lever l'invagination. Dans le retrécissement simple, il faut toujours chercher autant que possible à favoriser l'écoulement vers le bas. Lorsqu'on ignore le siége du rétrécissement, ce n'est pas une contre-indication pour le massage, il est toujours avantageux de déplacer la masse fécale. 1° On la fragmente et les purgatifs réussissent mieux à en favoriser l'expulsion. Plus les masses sont petites, plus elles sont facilement diluées sous l'influence d'une hypersecrétion intestinale. Il est impossible à l'intestin trop distendu de se contracter, ce qui n'arrive plus après la fragmentation de la masse totale. »

Dans le cours de l'année 1882 le docteur Bitterlin de Baume-les-Dames, se trouvant en présence d'un cas à peu près semblable, obtint un succès complet par le même procédé.

Obs. CXCIV (Bitterlin)

*Occlusion intestinale. — Vomissements de matières fécaloïdes. — Massage et malaxation de la région abdominale. — Guérison* [1].

M. B.., cultivateur à Baume, âgé de 56 ans, d'une constitution robuste, n'ayant jamais fait de maladie antérieure, me demande dans la nuit du 12 janvier. Cet homme souffre de coliques atroces, se tord dans son lit ; j'examine le ventre qui est un peu ballonné : pas de hernie, la langue n'est pas chargée, le pouls est régulier, normal, n'accusant aucune fièvre ; point de vomissements.

Le malade a mangé un peu le soir, est encore allé à la selle dans la journée ; croyant être en présence de coliques par suite d'une irritation intestinale, je prescris 5 centigrammes de chlorydrate de morphine, 10 grammes d'eau de laurier-cerise, potion gommeuse 120 grammes, un lavement d'eau de son avec de l'huile, cataplasme sur le ventre. Les douleurs se calment un peu la nuit pour devenir assez vives le lendemain matin ; prescription, 60 grammes d'huile de ricin. Le malade avoue être très difficile à purger. L'huile est vomie avec des mucosités ; pas de selle ; un lavement de sené avec du sulfate de magnésie ne ramène rien. Dans la journée, des vomissements bilieux se déclarent, les coliques continuent ; frictions

1. *Union médicale*, n° 37, 18 mars 1882.

avec pommade de belladone et de jusquiame sur le ventre, et cataplasmes. Malgré la médication employée, les vomissements persistent et la constipation reste opiniâtre ; le ventre commence à se ballonner. Je ne remarque aucune tumeur dans la région abdominale ; aucune grosseur, ni douleur dans la fosse iliaque droite ; par le toucher, aucune accumulation de matières fécales dans la partie supérieure du rectum ; nul doute que je me trouve en présence d'une obstruction intestinale.

Les jours suivants, le ventre se ballonne davantage : je prescris 20 grammes d'eau-de-vie allemande ; le médicament est rejeté par les vomissements ; on continue les frictions belladonées et le malade prend des bains qui paraissent soulager un peu les coliques.

Le 20 janvier, se déclarent des vomissements *fécaloïdes* ; le ventre se ballonne à l'extrême jusqu'à la région épigastrique ; les coliques sont toujours violentes, le hoquet se déclare, le facies se décompose, les traits commencent à se gripper et le pouls devient très fréquent ; l'état général prend une grande gravité. Traitement : glace sur le ventre, lavements de tabac ; pas de selle. Le 22 au matin, les yeux sont excavés, le nez effilé, les joues creuses, les lèvres décolorées ; le malade se trouve dans la torpeur ; l'anxiété est très accusée par suite de la dyspnée qui s'accroît ; la peau est couverte d'une sueur visqueuse, le pouls est petit, rapide, l'urine rare et épaisse ; la voix est brisée, l'intelligence intacte. L'électricité ne produit aucun résultat ; je prescris une pilule avec 15 centigrammes d'huile de croton ; les vomissements continuent et la constipation est toujours opiniâtre. Le soir, trouvant le malade à toute extrémité, l'idée me vient de masser et de malaxer fortement la région abdominale ; cette pratique est fort douloureuse ; quel-

ques instants après, de violentes coliques se déclarent, on entend des gargouillements et le malade va du ventre.

Les vomissements cessent, le ventre devient moins ballonné; il reste encore quelques petites coliques; les jours suivants, les garde-robes se rétablissent régulièrement le ventre s'affaisse et la convalescence commence.

« Dans les premiers jours du mois de février, ajoute l'auteur, j'ai été appelé auprès d'un malade qui se trouvait dans les mêmes conditions; un de mes confrères, le docteur Péquard, de Vesoul, a établi comme moi le diagnostic d'une obstruction instestinale; le massage et la malaxation de la région abdominale ont amené le même résultat, le malade a été guéri.

J'ai cru devoir publier cette observation pour montrer que, dans les cas d'obtruction intestinale, le massage et la malaxation de la région abdominale peuvent amener des résultats tout à fait inespérés, alors que toutes les autres médications ont échoué. Avant d'avoir recours aux moyens extrêmes : ponction de l'intestin entérotomie, gastrotomie, opérations qui sont toujours d'une certaine gravité, il importe de tenter le massage et la malaxation de l'abdomen, qui peuvent amener la guérison dans les cas tout à fait désespérés; et, en publiant cette observation, j'ai été guidé par le désir d'attirer l'attention du corps médical sur les heureux résultats qu'on peut obtenir par ce moyen. »

Il n'y a pas d'inconvénient à masser l'estomac peu de temps après l'ingestion des aliments ; au lieu de troubler la digestion le massage semble la faciliter comme l'a montré dans le cours de l'année 1888, le Dr Beulet de Berne[1]; M. Cleri de Pesth croit qu'il faut attendre et masser 2 ou 3 heures après les repas toutes les fois que le massage est indiqué dans une affection gastrique. Les manipulations devraient être dirigées vers le pylore de manière à faciliter le passage des aliments dans le duodénum. Il va sans dire que l'adoption du massage n'exclut nullement une autre médication.

J'ai massé dans les affections inflammatoires chroniques de l'estomac, compliquées ou non de dilatation ; j'ai eu de bons résultats dans les dyspepsies chlorotiques. La guérison des troubles gastriques a même eu une influence avantageuse sur l'état général. Dans les gastrites chroniques, les résultats ont été parfois insignifiants ou nuls ; ces insuccès ne m'ont pas surpris, car, étant la situation profonde de l'estomac, nous ne pouvons aborder qu'une partie peu étendue de la paroi antérieure de cet organe et les réactions se produisent d'une manière infidèle.

J'ai cependant eu des améliorations notables et des guérisons : le résultat s'est souvent maintenu après la fin du traitement.

1. Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte mars 1888.

Dans les gastralgies la méthode réussit mieux et plus souvent ; surtout lorsqu'on a affaire à des jeunes filles dyspeptiques. J'ai guéri une Suédoise souffrant depuis plusieurs années de gastralgies qui avaient porté un préjudice sérieux à sa santé. Lorsqu'il existe une dilatation concomitante de l'estomac, on en a raison. Le massage se fait de la même manière que pour le reste du tube digestif, on fait prendre au malade la position que nous avons indiquée, puis on fait le pétrissage en tâchant de saisir la plus grande surface possible de la paroi gastrique ; c'est parfois difficile lorsque la cavité est distendue par des gaz ; on finit par le tapotement.

Au moment où le massage prenait place parmi les agents thérapeutiques destinés à l'intestin, on l'employait contre des phlegmasies intra-abdominales qu'on eût naguère abandonnées à elles-mêmes et ici encore il produit des résultats surprenants. La théorie marchant de pair avec la pratique donnait la raison d'être de ces faits.

La chirurgie de l'abdomen a fait depuis trente ans de tels progrès qu'il a bien fallu reconnaître que le péritoine regardé naguère comme la plus intolérante des séreuses, était d'assez bonne composition ; qu'il ne répondait pas toujours à des excitations énergiques. Wagner a injecté dans le péritoine des lapins, de l'eau chaude (de 2 cent. à 2 gr.), des solutions sa-

lines représentant une espèce de sérum artificiel; ayant sacrifié ces animaux, il a pu voir en mesurant la quantité liquide restante quel était le coefficient de l'absorption dans un temps donné [1]. Des conclusions auxquelles il a été conduit, une seule nous intéresse :

« La capacité de résorption de la séreuse dit-il est notablement augmentée en toutes circonstances par le massage; ». C'est ce que nous avons vu pour les synoviales articulaires; il eût été extraordinaire qu'on n'eût pas songé à tirer partie d'une pareille propriété.

Weissenberg eut raison par ce moyen d'une exsudation inflammatoire ancienne qui siégeait en dehors du péritoine. Il est peu probable que celui-ci fût indemne; que son activité résorbante n'ait pas facilité la disparition de l'exsudat. L'observation est relative à un vétérinaire militaire : il eut pendant les manœuvres en 1875 une péritonite stercorale. En 1877, deuxième attaque; troisième à l'automne de la même année.

Depuis lors, douleur continue et exagérée par les mouvements, sensation de pesanteur abdominale, tumeur profonde. Ce malade craint une rechute qui l'obligerait à quitter le service. Tumeur dure, grosse comme un œuf d'oie dans la région iléo-cœcale sur le trajet du côlon ascendant; peu douloureuse à la pression. D'après les commémoratifs, on peut suppo-

1. Bemerkungen über die Peritonealhöhle mit besonderer Berücksichtigung Ovariotomie. *Langenbeck's Archiv*. Bd. 20, p. 51.

ser qu'il y a sur le trajet du cœcum ou du côlon ascendant, une exsudation dans le tissu cellulaire rétropéritonéal. La tumeur a grossi au moment des différents accès, pas de constipation ; il n'y a pas lieu de songer à une rétention fécale.

Quand il n'y eut plus de douleur à la pression, on fit des frictions énergiques sur la tumeur avec des mouvements circulaires de massage. L'amélioration fut manifeste et tout se termina par la guérison [1].

Un fait de Winiwarter ressemble à s'y méprendre à celui-là : il s'agit d'une inflammation circumrénale dont l'exsudat comprimait les nerfs du voisinage.

### Obs. CXCV

*Phlegmon périnéphréiique. — Induration du tissu cellulaire. — Sciatique consécutive très rebelle. — Massage. — Guérison.*

Un homme de 58 ans, solide, bien bâti, fut adressé à l'auteur au commencement de l'année 1878 pour être traité par le massage, et cela d'après le conseil dn professeur Lobel. Ce malade souffrait depuis cinq ans dans la jambe gauche de douleurs qui avaient résisté à tous les traitements et l'avaient obligé à garder depuis deux ans un repos absolu ; ces douleurs présentaient le caractère névralgique, elles s'irradiaient depuis le dos sur tout le côté externe de la cuisse gauche jusqu'au genou, s'étendaient jusque dans les orteils et donnaient lieu à des paroxysmes extrêmement pénibles qui se répétaient parfois jusqu'à soixante fois dans la journée. Ces paroxysmes alternaient avec

1. Berl. klin Wochens, 1880. n° 17.

une sensation douloureuse moins vive qui occupait ordinairement tout le membre. Le malade n'était en repos que dans le décubitus dorsal ; dans la position assise, les attaques étaient plus rares, mais elles reparaissaient quand il se mettait debout ou essayait de faire quelques pas ; depuis deux ans, sa vie se passait en allées et venues de son lit à sa table de travail ; il ne marchait qu'à l'aide d'un bâton et soutenu par un de ses domestiques. Il redoutait les promenades en voiture et les voyages en chemin de fer, parce que quand il devait plier le membre ou l'appuyer sur le sol, il souffrait extrêmement. Il n'était bien que demi-couché sur une chaise longue les deux membres dans l'extension. On diagnostiqua une sciatique à différentes reprises.

Winiwarter vit pour la première fois le malade, le 13 janvier 1878, il ne remarqua rien d'anormal sauf un amaigrissement notable de la jambe et de la hanche. Il lui parut en revanche que le sciatique n'était pas sensible à la pression au niveau de son point d'émergence et que la douleur semblait venir de plus haut. Il découvrit alors une tumeur saillante, aplatie, difficile à limiter ; cette tumeur était profonde, sous-musculaire et la palpation était rendue difficile par suite de la présence du pannicule graisseux sous-cutané ; elle siégeait immédiatement à côté des vertèbres lombaires et remontait jusqu'aux fausses côtes. Peu de sensibilité à la pression ; lorsqu'on arriva toutefois en un point étroitement limité, le malade poussait des cris de douleur et on provoquait un paroxysme qui durait plus ou moins longtemps. Lorsqu'on demandait au malade d'indiquer le point le plus douloureux, il ne mettait jamais la mani sur la tumeur, mais sur la fesse et la face externe de la cuisse qui, suivant son expression étaient parcourues par des éclairs douloureux ; ni le malade, ni sa femme ne s'étaient aperçus de

l'existence de cette tumeur. Il parut certain à l'auteur qu'elle était la cause exclusive de la maladie : mais quelle en était la nature? Sa consistance était élastique, sur le milieu on trouvait une fluctuation profonde et légère. Pas de trace de mobilité dans la totalité, on ne pouvait l'isoler de la colonne vertébrale au-dessous de laquelle elle semblait s'étendre. La peau qui la recouvrait n'était pas altérée et n'adhérait pas à sa surface. On ne pouvait rien sentir du côté de l'abdomen, ce qui était parfaitement explicabte étant donné l'embonpoint du sujet. On ne tire rien de la série des commémoratifs. Depuis plus de vingt ans, le malade souffre d'un léger catarrhe de la vessie, accompagné de peu de douleurs et qui l'a obligé à faire chaque année un séjour à Carlsbad. Il y a cinq ans, il a eu une affection fébrile sur la nature de laquelle on ne s'est pas prononcé; cette affection était accompagnée de violentes douleurs de la région rénale que l'on traita par la glace. Il n'a jamais eu de dysurie, seulement de temps en temps l'urine était trouble. Après un séjour au lit de quelques semaines, le malade se rétablit, mais les douleurs rénales persistèrent et augmentèrent peu à peu d'intensité et finirent par prendre le caractère névralgique. L'urine ne contenait rien d'anormal en dehors des traces d'albumine; pas d'éléments figurés, pas de globules blancs, pas de cellules d'épithélium des reins ou de la vessie.

D'après les données fournies par l'anamnése, l'auteur crut que la tumeur était en connexion avec le rein gauche, qu'il y avait eu d'abord un phlegmon périnéphrétique suivi de la formation d'un exsudat persistant analogue à ceux que l'on trouve après les inflammations périutérines. Les douleurs auraient eu pour origine la compression du plexus lombaire, d'où elles se seraient irradiées sur le plexus sacré ; cette opinion fut partagée par Billroth qui vit le malade quelques

jours plus tard. Il lui parut que, dans de telles conditions, le massage était indiqué dans le but de diminuer l'irritabilité des nerfs, et d'obtenir s'il était possible une résorption au moins partielle de la tumeur. On commença le 14 janvier 1878 ; chaque jour on massa tout le membre gauche et la région lombaire qui se trouvait en rapport avec la tumeur ; cataplasmes pendant la nuit. Au début, ce traitement était très douloureux, mais comme il remarqua bientôt une amélioration manifeste cela soutint son courage. Au bout de quatorze jours les points douloureux de la jambe avaient disparu ; et le malade commença à pouvoir faire des promenades sans être soutenu, les accès survenaient parfois une ou deux fois le jour, puis, il n'y en eut plus et cet homme pouvait faire avec le membre et sans douleurs des exercices actifs. Après soixante-quatre jours de traitement, l'amélioration fut suffisante pour qu'il pût retourner chez lui. La tumeur n'avait plus qu'un très faible volume, on ne sentait plus de fluctuation, les pressions énergiques à la surface étaient encore un peu douloureuses, mais il n'y avait plus d'accès de névralgie. Le malade faisait tous les matins, sans bâton, une promenade de trois heures, il pouvait monter en voiture, s'appuyer sans soutien sur la jambe gauche, l'état moral du malade un peu porté à la mélancolie auparavant était on ne peut plus satisfaisant.

Il y a quelques années, M. Durand-Fardel a conseillé le massage dans les congestions du foie accompagnées d'une augmentation de volume de cet organe quelle que fût leur origine : affection cardiaque, irritation gastro-intestinale, intoxication palustre, etc.[1]

1. *Bulletin général de thérapeutique*, 1881.

Lorsque les différentes médications, particulièrement le traitement thermal ont échoué, on a recours au massage. Averbech l'a également employé, j'en ai obtenu moi-même de bons résultats, je crois que c'est une médication à laquelle il est toujours bon de recourir ; inutile d'ajouter qu'elle est absolument contre-indiquée dans les maladies organiques, quelle que soit leur origine.

## CHAPITRE X

### Massage en gynécologie

Dans la première édition de mon livre, je n'avais point traité ce sujet; je m'étais borné à donner pour ceux qu'il intéressait un court index bibliographique mentionnant les principaux travaux publiés jusqu'alors. Je me suis suffisamment expliqué sur cette omission il y a deux ans [1].

Pendant près de 15 ans, je n'ai rien publié sur le massage des organes pelviens parce que lors de la soutenance de thèse à la Faculté de médecine de Paris en 1875, la méthode fut déclarée inutile et surtout inconvenante ; n'ayant pas l'autorité nécessaire pour discuter à fond ce jugement, je préférai attendre qu'il fût cassé par l'opinion publique. Dans mon dernier mémoire sur ce sujet, j'ai montré que des gynécologistes parfaitement honorables de tous les pays considèrent le massage comme absolument indiqué dans plusieurs affections de l'utérus et de ses annexes ; qu'ils ont écrit à ce propos des ouvrages sérieux basés

1. *Le massage de l'utérus*, Paris, 1889.

sur des faits ; qu'il paraîtrait au moins audacieux de mettre leur bonne foi en doute et de récuser leur témoignage. A partir du jour où il a été bien démontré qu'un certain nombre d'affections utérines et pelviennes dont on n'aurait peut-être pas eu raison par une opération sanglante, pouvaient être guéries par le massage, la sentence de 1875 a été *de facto* rapportée. Ne pas parler aujourd'hui de ces résultats et des applications ingénieuses et utiles de la méthode que nous essayons de vulgariser ce serait faire volontairement une ommission inexplicable.

J'étudierai donc l'action du massage 1° dans les affections de l'utérus 2° dans celles de ses annexes.

## § 1. — MASSAGE DANS LES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS

*a) Inflammation.* — Division des métrites en deux catégories. — Métrites parenchymateuses ; endométrites.

Je reprendrai point ici l'esquisse historique que j'ai faite ailleurs pour montrer combien il y a de dissentiments et de contradictions entre les auteurs, à propos des caractères, des conséquences, des variétés et de la classification des métrites

La plus simple et la plus naturelle des divisions comprend des métrites *aiguës et chroniques ;* les premières ne nous intéressent pas.

Les inflammations chroniques peuvent présenter : 1° un stade d'hyperémie ; 2° un stade d'exsudation ;

3° un stade de transformation de l'exsudat. Si nous éliminons la suppuration et la gangrène dont il est inutile de parler à propos du massage ; nous nous trouverons en présence de l'hyperplasie des tissus et de l'hypertrophie de l'organe. Admettons, ce qui est de règle, que ces lésions puissent être contemporaines ; c'est-à-dire que dans une région donnée de la muqueuse ou du parenchyme du col et du corps, on ait un exsudat fibrineux récent, tandis que dans le voisinage un autre est passé à l'hyperplasie conjonctive et qu'autour de lui les veines dilatées sont gorgées de sang. On pourra dire que le stade d'hyperémie accompagne les deux autres ; ce polymorphisme est dans la nature des choses, il correspond aux irrégularités d'un processus chronique ; on l'observe à peu près dans toutes les phlegmasies de cet ordre.

Il est difficile d'admettre une délimitation précise de la maladie à un segment de l'organe ; les accidents sont parfois plus prononcés du côté de l'un que du côté de l'autre, mais on ne peut guère croire à l'intégrité absolue du col lorsque le corps est pris de longue date. Les fibres de la paroi peuvent-elles être intactes lorsqu'il existe une endométrite ancienne ? Non. Stokes a formulé cette loi : que l'inflammation persistante d'une muqueuse amène la paralysie des fibres sous-jacentes. On pourrait à la rigueur, si l'on ne tenait compte que des altérations anatomiques, tout décrire

sous le nom générique de métrite chronique. Les phénomènes cliniques, quand on les étudie comme nous avec une arrière pensée d'intervention, indiquent une subdivision. Les principaux symptômes objectifs sont fournis par les changements de forme, de situation, de volume, de structure de l'utérus ; par les métrorrhagies et la leucorrhée. Les symptômes subjectifs les plus sérieux sont : la stérilité, la douleur locale, la dysménorrhée. On peut trouver ces phénomènes dans toutes les métrites, mais si certains prédominent, on songe à une partie de l'organe plutôt qu'à une autre.

Existe-t-il une augmentation de volume avec dilatation de la cavité, antéflexion ou rétroflexion ? c'est au parenchyme qu'on pense ; la leucorrhée et les métrorrhagies rebelles attirent l'attention du côté de la muqueuse.

Chez certaines femmes, le phénomène prédominant est l'hémorragie : elle correspond à l'écoulement menstruel et à ses intervalles ; elle est rebelle, met la vie en cause. Avec la curette, on ramène des fongosités, l'altération de la muqueuse est la principale et presque la seule cause ; elle constitue en grande partie la maladie appelée *endométrite fongueuse* ou *glandulaire* qui mérite une place à part.

Nous appellerons *parenchymateuses* les autres métrites. Je ne veux pas dire par là que dans celles-ci la musculature du corps soit seule en cause à l'origine :

il est probable que tout part, dans bien des cas, de la muqueuse. Mais au moment où les malades viennent réclamer le massage; lorsqu'elles ont eu en vain recours à des médications nombreuses, le parenchyme a été touché ; il existe une métrite parenchymateuse dans le sens absolu du mot. Qu'elle ait existé dès le début, peu importe si elle contribue à donner leur physionomie et leur marche aux accidents généraux.

A la métrite parenchymateuse se rattachent surtout le catarrhe utérin, certaines stérilités, la dysménorrhée, les flexions et les versions.

b) *Métrites parenchymateuses.* — Leucorrhée, stérilité, dysménorrhée, flexions et versions. Leur rapport avec la phlegmasie chronique. — Influence du massage sur ces symptômes.

Dans presque toutes nos observations, la maladie avait pour origine la grossesse, l'accouchement et leurs suites. Les patientes ne pouvaient donner des détails précis sur les phénomènes du début, mais elles se rappelaient qu'ils étaient apparus soit à la suite d'une fausse couche, soit peu de temps après la naissance de leur dernier enfant.

On peut donc dire qu'en général la métrite parenchymateuse chronique est la *suite ordinaire* d'une *inflammation aiguë d'origine puerpérale.*

Lorsque nous voyons pour la première fois ces personnes, le stade d'hypérémie active est passé,

nous en sommes à l'exsudation et à la transformation de l'exsudat. Isolant systématiquement la lésion, nous l'avons supposée limitée à la couche musculaire. Cette hypotèse, indispensable pour l'étude et l'exposition, ne répond que dans un nombre restreint de cas à la réalité. Des autopsies faites à la suite de décès causés par des affections intercurrentes ont montré quelquefois des indurations limitées; elles sont rares et tardives; dans la plupart des cas, la métrite est mixte c'est-à-dire parenchymateuse et muqueuse; nous pouvons pourtant supposer qu'il en existe une variété simple et chercher ses conséquences.

L'exsudation interstitielle, crée une gêne mécanique à la circulation, une congestion persistante accompagnée de leucorrhée par desquamation catarrhale exagérée. Chez une personne que nous avons observée, l'écoulement avait amené de l'erythème de la vulve et de la face interne des cuisses. Elle avait une métrite parenchymateuse avec catarrhe prédominant; le corps était volumineux, extrêmement mobile; sa cavité était dilatée; il y avait une ulcération de la lèvre postérieure du col; la malade souffrant de douleurs des reins, du ventre était obligée de se reposer plusieurs fois dans la journée, mais c'est surtout de pertes blanches qu'elle se plaignait.

Il est peut-être sans exemple que le principal symptôme soit isolé. Dans l'observation citée, nous avons

vu une ulcération du col, il en existait également dans d'autres; c'est un accident fréquent de la métrite parenchymateuse [1]. Il est rare que les médecins ne s'y attachent pas ; qu'ils n'appliquent pas contre lui et avec persévérance les traitements dits radicaux; ce sont de simples contre-sens thérapeutiques. La stase de la muqueuse du corps et du col a été amenée par la disproportion entre la capacité des vaisseaux à sang rouge et celle des vaisseaux à sang noir; on comprend qu'elle s'accompagne d'une anémie artérielle; que celle-ci présente des variations correspondant au degré d'infiltration du tissu sous-muqueux; il est probable que certaines ulcérations sont des gangrènes moléculaires tandis que d'autres se produisent par un mécanisme analogue à celui de l'ulcère variqueux.

Les cautérisations ne peuvent avoir qu'un effet palliatif et temporaire; on arrive à guérir l'ulcération, mais l'écoulement persiste, l'état général ne devient pas meilleur, les douleurs ne sont pas soulagées; elles furent même exagérées chez une de nos malades qui avait une leucorrhée abondante avec ulcération du col. Persuadée à tort que celle-ci était la cause de tout, une sage-femme plaça pendant 8 mois des

1. En général les ulcères se cicatrisent seuls lorsque la métrite parenchymateuse a été guérie par le massage; si cependant ils ont une très grande étendue et persistent en partie après la fin du traitement on peut hâter leur cicatrisation par quelques cautérisations légères.

crayons de nitrate d'argent dans la cavité cervicale. L'ulcération se ferma, mais il resta une telle atrésie cicatricielle que la dysménorrhée devint plus inquiétante que les pertes blanches.

La leucorrhée est souvent accompagnée de ménorrhagies, de pertes rouges dans l'intervalle des périodes, de dysménorrhée. Toute métrite parenchymateuse du corps, si limitée qu'elle soit, s'accompagne de congestion veineuse et lymphatique, avec hypersécrétion glandulaire de la muqueuse. Le phénomène capital est une leucorrhée accompagnée de métrorrhagies, si l'hyperémie a été assez intense pour aboutir à des ruptures vasculaires. Des faits nombreux nous l'ont montré.

Que devient l'aptitude à la conception ? Une femme de 24 ans, mariée depuis 3 ans, sans enfants, vient me trouver à cause de pertes blanches rebelles avec ulcération du col. Ces accidents dataient des premiers temps de son mariage ; à la suite d'une excursion fatigante dans les montagnes, elle eut une perte rouge, depuis lors, elle n'alla jamais tout à fait bien [1].

Par le massage de l'utérus on fit cesser la leucorrhie, cette personne devint enceinte peu de temps après. Il y a donc tout lieu de supposer que le catarrhe et

1. Je ne parle de stérilité que quand il s'est écoulé au moins trois ans depuis le dernier accouchement, chez des femmes mariées en pleine activité sexuelle.

l'incapacité fonctionnelle tenaient à la même cause, à la métrite chronique.

La stérilité n'est pas rare dans les affections anciennes de l'utérus ; d'après la statistique de Grünewaldt, sur 56 femmes atteintes de métrite chronique, on la constata dans 46, 4 0/0 des cas ; elle paraît plus fréquente dans l'inflammation du parenchyme que dans l'endométrite ; les gynécologistes sont loin d'expliquer le fait de la même manière. Ils ont admis :

1° L'hypersécrétion de la muqueuse produit des bouchons gélatineux qui oblitèrent l'orifice du col et empêchent la pénétration des spermatozoïdes.

2° La sécrétion fétide et acide les rend impropres à exercer aucune action sur l'ovule.

3° Il se produit à la longue une atrésie cervicale qui constitue un obstacle mécanique.

La première considération n'explique rien ; un bouchon muqueux peut entraver momentanément la conception sans constituer un obstacle permanent.

L'influence de la qualité de la sécrétion n'est pas mieux connue ; on a vu des conceptions dans le cours de cancers de l'utérus avec ichor fétide. Ce liquide devrait exercer sur les spermatozoïdes une action plus délétère que les produits catarrhaux. Reste l'atrésie : sous l'influence des idées de Sims, on lui accorda longtemps une extrême importance. Des discisions du col rendirent les malades fécondes. Dans la

plupart de ces cas, les atrésies étaient consécutives à des cautérisations. On se trouvait en présence d'un de ces cercles vicieux qu'on rencontre à chaque pas. L'hypersécrétion muco-purulente est abondante : le liquide s'amasse dans la cavité, distend une paroi incapable de réagir, exagère la stase veineuse ; plus celle-ci est prononcée, plus la sécrétion catarrhale est abondante : la masse liquide intra-utérine devenant chaque jour plus considérable, amincit en proportion les parois. En ouvrant une voie à l'écoulement, on supprime un des facteurs ; en même temps, la saignée locale faite dans l'opération diminue la stase : pour peu qu'on modifie la muqueuse par des injections astringentes ou caustiques, qu'on relève l'état général, on peut arriver à une guérison, car l'organe reprend sa tonicité.

Depuis longtemps, Lott a montré que la véritable cause de la progression des spermatozoïdes dans le vagin et l'utérus était leur mobilité. On a cité des cas dans lesquels la fécondation s'est faite malgré des obstacles bien plus sérieux qu'une atrésie du col. Une malade de Scanzoni, qui avait un polype fibreux saillant à l'orifice cervical, devint sept fois enceinte : ces grossesses se terminèrent par des avortements; l'inflammation et les métrorrhagies expliquaient ces accidents. Le même auteur parle d'un cas d'antéversion irréductible accompagné d'hypertrophie de tout l'utérus.

avec allongement de la portion vaginale du col ; il ne put réussir à faire pénétrer l'hystéromètre dans la cavité ; cette déformation était accompagnée d'une dysménorrhée pénible. La malade devint enceinte après 10 ans de mariage et la grossesse se termina par un accouchement à terme. L'auteur vit cette personne plus tard ; les choses étaient toujours dans le même état [1]. Il est impossible de supposer que le déplacement avait été cause de la longue stérilité ; sous l'influence des traitements suivis, de l'amélioration de l'état général, la muqueuse utérine s'était modifiée et la conception était devenue possible

Je ne crois pas, pour mon compte, que les déplacements, les changements de forme, les atrésies, puissent apporter un obstacle insurmontable à la fécondation ; s'il existe un orifice suffisant pour le passage du sang menstruel, les spermatozoïdes peuvent pénétrer dans la cavité utérine.

L'ovule fécondé se développe-t-il ? la grossesse peut-elle suivre son cours ? C'est une autre question. Une malade de Scanzoni, qui avait un polype devint sept fois enceinte et eut sept fausses couches. Quel que soit son siège primitif, l'inflammation amène toujours des changements structuraux de la muqueuse ; la fixa-

1. *M. Sims Lehre von den Ursachen und derer Behandlung der Sterilität.* Beitr. zur Geburtsk. u. Gynäkolog. *Bd.* 1. 1870, p. 109 et suiv.

tion de l'œuf fécondé et son développement deviennent impossibles ; la sécrétion catarrhale et les métrorrhagies rendent son expulsion facile. Klebs a fait remarquer que les phlegmasies chroniques se terminent par l'atrophie la dégénérescence kystique de glandes de la muqueuse [1]. Schröder dit que son épithélium à cils vibratiles s'exfolie, disparaît et est remplacé par une couche mince d'épithélium pavimenteux, recouvrant le tissu conjonctif sans glandes qui constitue à ce moment toute la muqueuse [2].

« Nous ne pouvons pas admettre, dit Grünevaldt dans un travail intéressant sur la stérilité, que le processus inflammatoire n'exerce pas son influence délétère sur la capacité de fixation de l'œuf fécondé ; seulement, quand il est terminé, nous devons plutôt croire que cette influence se produit avant l'atrophie complète. Les éléments de la muqueuse enflammée ne servent pas plus à la formation de l'œuf que s'ils étaient atrophiés [3]. » Nous partageons cette opinion : Quand la maladie a produit les lésions indiquées par Klebs et Schröder, la stérilité est définitive ; il est inutile alors d'essayer le massage ou aucun autre traite-

1. *Hand. d. path. Anat.* IV, Lf. II Berlin, 1873, p. 857.

2. *In* Ziemssen's Hand. d. speciellen Pathologie und Therapie, Bd. VI, p. 121 et 122.

3. *Ueber die Sterilität...*, Archiv für Gynäkologie, VIII. Bd. 1875. p. 414.

ment, la capacité fonctionnelle est perdue. On ne peut songer à restituer son rôle à un tissu vieilli avant le temps ; ces terminaisons sont rares.

Une malade, âgée de 38 ans, avait une rétroflexion, des métrorrhagies, une dysménorrhée violente, de la dyspareunie. Mariée à 31 ans, elle fut enceinte une seule fois l'année suivante et la grossesse finit par un avortement. Cette personne avait perdu tout espoir d'avoir des enfants ; elle essayait le massage après beaucoup d'autres traitements, espérant qu'il la délivrerait des pertes et des douleurs. Le résultat espéré fut obtenu, de plus elle devint enceinte dans le cours du tr itement et accoucha à terme d'un enfant qui a vécu. Il est impossible de supposer que chez elle, la phlegmasie utérine, malgré sa durée, avait amené des désordres irréparables.

C'est donc à l'inflammation chronique que paraît due la stérilité ; les accidents secondaires, déplacements, changements de forme, rétrécissements, sont insuffisants pour la produire. Elle tient plutôt aux altérations de texture qui résultent de la stase et rendent impossible la fixation et le développement de l'œuf fécondé.

Les trois observations, qui vont suivre offrent des exemples caractéristiques de guérison de leucorrhée et de stérilité sous l'influence du massage.

## Obs. CXCVI

*Métrite parenchymateuse. — Leucorrhée. — Mobilité exagérée de l'utérus. — Névralgies réflexes de différent siège. — Nervosisme. — Massage. — Guérison.*

Mme C..., 34 ans, femme d'un employé, se présente à la clinique le 27 janvier 1877. Cette personne est grande, forte et paraît robuste. Il y a quatre ans, accouchement normal ; ne s'est jamais complétement remise ; douleurs très pénibles dans les reins et le bas-ventre, elle éprouve de temps en temps une sensation qu'elle compare à celle que produirait un corps étranger intra-vaginal. Cette personne, qui est à la tête d'un magasin de lingerie, est obligée de beaucoup marcher et de rester longtemps debout. A la fin de la journée, elle se sent complètement anéantie.

Leucorrhée profuse et visqueuse à l'approche des périodes menstruelles. Appétit capricieux ; digestion tardive ; constipation opiniâtre habituelle, est obligée de prendre constamment des lavements. Le ventre présente une tendance marquée à se ballonner, surtout à la fin de la journée. Envies fréquentes d'uriner ; douleur lancinante dans la région anale, s'irradiant dans le voisinage et rendant la défécation et la station assise extrêmement douloureuses. Elle a de l'embonpoint mais elle est pâle, les muscles sont flasques et sans vigueur.

Injection de décoctions de feuilles de noyer ; traitement général reconstituant ; injections caustiques intra-utérines. Dans ces derniers temps, elle a passé quelques mois dans un établissement d'hydrotérapie. Il y a eu un peu d'amélioration, mais cette amélioration ne s'est pas maintenue. Elle consistait surtout dans la diminution de la leucorrhée.

Depuis trois mois tout au plus, elle est retombée dans son état antérieur.

La première fois que je vis cette personne, elle présentait, outre les symptômes énumérés, des névralgies dans différentes directions toutes plus ou moins éloignées des organes génitaux. Elle a des palpitations, des accès de suffocation; la moindre contrariété lui donne envie de pleurer; le sommeil est très agité, interrompu par des rêves pénibles ; elle ne dort qu'à de longs intervalles. Les règles sont abondantes, très douloureuses au début; en général, la malade est obligée de garder le lit pendant toute leur durée.

L'utérus est agrandi : longueur 7, 5; il est plus dur que d'habitude et d'une mobilité extrême ; un jour il est en antéversion, le lendemain il est en rétroversion. Le col est volumineux ; l'orifice externe béant, ne présente rien d'anormal, mais il laisse écouler un liquide visqueux, assez concret, filamenteux.

L'application du massage est un peu difficile à cause du ballonnement du ventre.

Je fais venir la malade à mon cabinet le matin, à une heure où le ballonnement est encore peu marqué; en même temps je lui fais prendre la position génu-cubitale.

Tapotement sur la région lombaire. L'utérus, pour l'instant en rétroflexion et paraissant enclavé dans la région postérieure du bassin, put être ainsi ramené en avant ; massage possible par le procédé ordinaire. Au bout de quelques semaines, la sensation de pression hypogastrique avait notablement diminué, la malade pouvait se tenir debout et vaquer à ses affaires. Après quarante-cinq séances en deux mois, la guérison put être considérée comme complète. Les ménorrhagies et la leucorrhée ont cessé : n'a plus mal aux reins,

la coccygodynie a presque disparu; l'état général est meilleur, les accidents nerveux sont insignifiants. Les seuls phénomènes qui persistent sont la constipation et un peu de douleur anale.

J'ai revu cette personne plusieurs fois depuis la fin du traitement; l'état général était resté excellent, elle avait même perdu l'embonpoint maladif qu'elle présentait au début.

### Obs. CXCVII

*Métrite parenchymateuse. — Excoriation du col. — Leucorrhée. — Pas de grossesse après trois ans de mariage. — Massage. — Disparition des accidents. — Grossesse trois mois après la fin du traitement.*

M^me L., 24 ans, originaire de Belgique, mariée depuis trois ans, sans enfants. Les seuls phénomènes qui permettent de supposer qu'il existe quelque chose d'anormal du côté de l'appareil génital interne, ce sont une douleur inguinale assez légère et une leucorrhée peu abondante. Cette malade est bien constituée, sa santé générale ne laisse rien à désirer, pas de fausse couche; se rappelle seulement avoir eu une métrorrhagie lors de son voyage de noces, à la suite d'une excursion en Suisse. Depuis ce moment pourtant elle n'a jamais été tout à fait bien.

A l'exploration, je trouve l'utérus agrandi, un peu mou, mais dans sa situation normale.

Rien dans les culs-de-sac. Le col volumineux présente une excoriation sur la lèvre antérieure; par l'orifice sort une certaine quantité de matière glaireuse adhérant aux bords. Je suis persuadé que sa stérilité tenait surtout, dans le cas actuel, à l'état de l'utérus. J'exprimai cette opinion à la malade et à

son mari : elle se soumit sans difficulté au massage. Après trois semaines de traitement, tous les accidents locaux ont disparu; la malade retourne en Belgique et devient enceinte trois mois après la fin du traitement.

### Obs. CXCVIII.

*Métrite parenchymateuse. — Leucorrhée. — Douleurs de différents sièges. — Pas de grossesse depuis quatre ans. — Massage. — Guérison. — Nouvelle grossesse quelque temps après la fin du traitement.*

Mme M., 26 ans, aurait eu un avortement au deuxième mois d'une grossesse. Nouvel accouchement au mois de février 1873 (accouche à terme d'un garçon qui meurt peu de temps après). Pas de nouvelle grossesse pendant les quatre ans qui suivent. Depuis sa dernière couche, douleurs assez prononcées pour qu'elle ne puisse pas vaquer aux soins habituels du ménage. Douleur lombaire sourde accompagnée de faiblesse de tout le corps et principalement des jambes. Palpitations, essoufflements. De temps en temps, surtout à l'époque des règles, douleurs dans le sein gauche, accompagnées de gonflement et de congestion; a toujours eu de la leucorrhée depuis qu'elle a été réglée pour la première fois : ces divers accidents ont notablement augmenté dans ces derniers temps ; en même temps, le liquide est devenu plus épais. Aspect général satisfaisant. Cette malade porte une ceinture hypogastrique qui lui permet de marcher sans trop de difficulté. Pas d'autre traitement que des injections vaginales d'une solution d'alun et des tampons vaginaux de substance indifférente. A mon premier examen, au mois de décembre 1877, je constate que l'utérus est en place mais qu'il est un peu plus mou et un peu plus mobile

qu'à l'état normal. Par suite de la flaccidité de la paroi abdominale, le massage n'est pas difficicile. Sous l'influence du traitement, les douleurs diminuent aux périodes menstruelles et dans leur intervalle. Au bout de quelques semaines, cette personne se croit assez bien pour pouvoir interrompre le traitement, je ne la revois qu'à la fin de 1878. Depuis le massage, les menstruation a toujours été régulière, mais les trois dernières époques se sont passées sans qu'elle ait rien vu. Elle éprouve les mêmes phénomènes que dans la grossesse antérieure. Des renseignements que j'ai eus plus tard, m'ont appris que la grossesse a suivi son cours et que cette personne est accouchée à terme d'une petite fille bien constituée et qui a vécu. La douleur du sein gauche a complètement disparu à la suite du traitement.

C'est souvent à cause de la dysménorrhée que les malades s'adressent aux spécialistes. Sa disparition représente la délivrance ; elles ne souffrent plus, donc elles sont guéries ; mais la dysménorrhée n'est qu'un symptôme.

On a beaucoup discuté sur sa nature et son origine ; on a dit qu'il existait une dysménorrhée ovarienne et une dysménorrhée utérine ; il est difficile de distinguer l'une de l'autre. Des douleurs consécutives à la métrite sont souvent suivies de névralgies préovariennes par irradiation ; le massage de l'utérus les guérit souvent, preuve que dans ces cas les phénomènes ovariques étaient secondaires. Il ne serait possible d'admettre l'intégrité de l'utérus que si les com-

mémoratifs et les symptômes actuels ne décelaient rien qu'on pût lui rattacher.

Lorsque nous nous trouvons en présence d'une dysménorrhée utérine, il faut pour remonter à ses origines et poser des indications, passer en revue plusieurs hypothèses. On a parlé d'accidents nerveux, congestifs, mécaniques.

La question se réduit à deux termes : les malades souffrent, disent les partisans de l'origine mécanique, parce que, le canal cervical est étroit et trop oblique pour donner facilement passage au sang. Sous l'influence de Sims, cette idée a acquis, une grande popularité : Une femme a dans les lombes ou à l'hypogastre, des douleurs sourdes, continues, que la marche, les mouvements, l'approche des époques exagèrent. La sensation, d'abord mal définie, prend le caractère paroxystique; le toucher n'a montré ni version ni flexion; l'examen au spéculum ne fait voir ni ulcération, ni augmentation de volume ; plus de doute, le canal cervical est trop étroit ; on débride, mais la discision ne donne pas toujours ce qu'on attendait. Il suffit de réfléchir à ce qui arrive dans d'autres cas, pour comprendre que la théorie mécanique est peu satisfaisante. On voit souvent des personnes chez lesquelles l'orifice cervical présente une telle exiguité que le cathétérisme est impossible qui n'ont jamais souffert au moment des règles. La dou-

leur cesse, après l'expulsion des caillots; comment ceux-ci sortiraient-ils si le sang liquide n'avait pu passer? Leur formation correspond à une stase intra-utérine; on ne voit pas pourquoi le sang qui sort après eux, sans provoquer des douleurs, restait emprisonné auparavant dans la cavité, pourquoi il s'y était accumulé. Les atrésies qui exigent des discisions sont le plus souvent consécutives à des cautérisations. Inutile de prendre l'exception pour la règle et de guider toute la thérapeutique sur elle. « Il n'y a pas, dit M. Gallard, au point de vue clinique, une différence très tranchée entre la dysménorrhée mécanique et la dysménorrhée congestive ou inflammatoire; la transition de l'une à l'autre, en tant que manifestation symptomatologique, ou clinique s'opère d'une façon en quelque sorte insensible[1]. » On comprend difficilement cette transaction entre deux théories qui s'excluent. Comment l'atrésie cervicale peut-elle hyperémier la muqueuse? Comment la congestion de celle-ci peut-elleproduire une sténose cervicale, si elle n'est pas suivie d'exsudation inflammatoire?

Il y a entre la dysménorrhée congestive et la dysménorrhée mécanique de grandes différences de fréquence; la première est commune, la seconde, est rare.

La dysménorrhée, la stérilité, la leucorrhée vien-

1. *Leçons sur la menstruation*, p. 278, Paris, 1885.

nent d'une même cause : la phlegmasie chronique. Les recherches anatomiques de Patenko ont démontré que les terminaisons des nerfs de l'utérus arrivent au voisinage des culs-de-sac glandulaires ; c'est à la surface de la muqueuse que se passe la dernière partie de la menstruation.

L'expulsion du sang et le retour de la membrane à l'état normal sont des phénomènes de restauration organique. Il est difficile d'admettre que tout sera régulier ; que les extrémités nerveuses ne seront impressionnées en quoi que ce soit, lorsqu'il existe des zones alternatives de congestion, de dénudation, de sclérose.

Laissons donc les sténoses au second plan. Le mécanisme de la dysménorrhée s'explique par :

la congestion menstruelle ;

les poussées subaiguës dans un organe atteint d'inflammation chronique ;

l'irritation et la compression des terminaisons nerveuses ;

la réaction irrégulière et incomplète des plans musculaires.

Nous allons voir quelques observations dans lesquelles la dysménorrhée fut le principal symptôme.

### Obs. CXCIX.

*Métrite parenchymateuse. — Dysménorrhée. — Douleurs réflexes éloignées. — Massage. — Guérison.*

M^me M..., 28 ans, se présente à moi, au mois d'avril 1880. Mère de 2 enfants, dont le plus jeune a trois ans. Réglée pour la première fois à 13 ans, sans accidents ; menstruation toujours régulière. Le dernier accouchement a été très pénible. Depuis lors, traitée par différents spécialistes pour un catarrhe utérin avec ulcération étendue. Cautérisation au nitrate d'argent ; injections intra-utérines d'une solution de nitrate d'argent. Hydrotérapie ; bains de mer dans le cours de l'été dernier. Alimentation fortifiante, vin de quinquina, viande crue sous plusieurs formes. Toutes les fois qu'elle est revenue des bains de mer, sa santé était satisfaisante ; elle souffrait peu. L'hydrotérapie produisait également une amélioration passagère. Depuis l'année dernière, elle porte une ceinture hypogastrique. Cet appareil lui est très utile, et, grâce à lui, la marche est devenue possible. Pourtant, elle éprouve de temps à autre, surtout au moment des règles dans la région des reins, des douleurs qui s'irradient du côté des cuisses. Vers les ovaires, des deux côtés, douleurs sourdes, habituelles, qui prennent de temps en temps le caractère aigu et paroxystique. Elle éprouverait une sensation analogue dans la région précordiale. La leucorrhée, profuse autrefois, est insignifiante aujourd'hui ; écoulement muco-purulent léger un peu plus abondant à l'époque des règles ; celles-ci sont normales ; pas de ménorrhagies. La dysménorrhée n'a fait qu'augmenter. La malade est obligée de garder complètement le repos 24 heures avant la menstruation. Les douleurs cessent aussitôt que l'écoulement sanguin s'établit ; elles reviennent un peu après et

ne disparaissent complètement qu'au bout de 3 jours. Digestion pénible et capricieuse. Toujours un peu de constipation. A la fin de la journée, le ventre est si ballonné, que la malade, par suite de la gêne de la respiration, est, de temps à autre, obligée de desserrer ses habits pour se procurer quelque soulagement. Elle est tourmentée par une céphalée continue et très pénible. Pas de dyspareunie. Au toucher : utérus volumineux très mobile en tous sens. Par l'orifice cervical, sort du mucus glaireux assez épais, mais en petite quantité. Météorisme intestinal rendant le massage assez difficile. L'utérus est peu sensible au toucher, mais les manipulations provoquent une douleur hypogastrique que la malade compare à la compression qu'exercerait une barre. Cette pression est accompagnée d'une poussée de névralgie intercostale. Après 3 semaines de traitement, la douleur a changé momentanément de siège ; elle paraît occuper exclusivement l'utérus. Cesse après 4 à 5 séances. Plus de dysménorrhée ; contrairement à ce qui se passait depuis longtemps, cette malade fut absolument surprise par l'arrivée de l'écoulement menstruel. A l'époque suivante, tout se passa pour le mieux. Plus de douleurs dans la région des ovaires ou des reins ; la malade peut faire de courses à pied, rester longtemps debout. Le traitement a duré 5 semaines ; il y a eu 38 séances. La malade a repris de l'embonpoint ; je l'ai revue à plusieurs reprises depuis ce temps ; la guérison s'est maintenue.

### Obs. CC

*Métrite chronique. — Douleur ovarienne violente. — Dysménorrhée. — Massage utérin. — Guérison.*

Mme M..., 23 ans, brodeuse, vient réclamer pour la pre-

mière fois mes soins au mois de février 1877, pour une violente douleur dans les deux aînes, plus marquée du côté droit. Deux accouchements; le dernier, il y a quatre ans; c'est à celui-ci qu'elle fait remonter l'origine de son mal. Il aurait été assez laborieux; aurait nécessité l'application du forceps et l'introduction de la main dans la cavité utérine pour la délivrance; malgré tout, il n'y a pas eu d'accidents puerpéraux graves. La malade s'est rétablie très vite. Elle a commencé à souffrir à l'apparition des premières époques, deux mois après l'acouchement. La douleur, le plus souvent sourde, prend de temps en temps un caractère aigu, la région ovarienne est devenue sensible à la pression. Dans l'intervalle des règles, elle existe toujours; son intensité est sensiblement moindre pendant la menstruation. Au même moment, sensation de prurit sur le ventre, mictions fréquentes et accompagnées d'une sensation pénible de cuisson. Leucorrhée glaireuse, parfois purulente, déterminant une profonde irritation de la vulve et du sillon génito-rural; douleur fixe en un point de l'hypocondre gauche Dysménorrhée. Tendance au météorisme, sommeil agité, parfois difficile, peu réparateur. Cette malade qui possède, malgré tout, une bonne constitution, a conservé de l'embonpoint; mais les tissus sont flasques et sans résistance. Depuis son dernier accouchement, tous les accidents n'ont fait qu'augmenter : céphalalgie sourde mais assez vive et presque continue, affaiblissement plus marqué qu'auparavant. Marche avec peine; les cahots d'une voiture lui causent des douleurs presque insupportables dans les aînes, de telle sorte qu'elle hésite à sortir. Caractère déprimé; cette personne fond en larmes à la moindre cause. Pour tout traitement, elle a fait des injonctions vaginales de décoction d'écorce de chêne; purgatifs, tisanes de

différente nature. Un médecin a électrisé la région ovarienne. Aucun traitement n'a donné la moindre amélioration. Longueur utérine dépassant 7 centimètres. Sa consistance et la situation de l'organe sont à peu près normales. Il est très mobile ; on peut le déplacer dans n'importe quelle direction, par la plus légère impulsion. Rien d'anormal dans la région péri-utérine. Notons qu'à l'époque des règles, au moment où la douleur ovarienne présente son maximum, les explorations de la région par le palper ne provoquent pas d'attaques d'hystérie. L'épaisseur des téguments est telle que, malgré toutes les tentatives, on ne parvient pas à saisir les ovaires.

Sous l'influence du massage, il se produit une amélioration notable. C'est la douleur ovarienne qui présente le plus de ténacité. Le traitement finit par en avoir raison; mais pour que la malade ait pu constater un mieux sensible dans la région, il a fallu six semaines. On a facilement guéri un peu de catarrhe vaginal survenu pendant le traitement avec un petit tampon d'alun. Après 9 semaines (42 séances), la malade est presque guérie. La douleur inguinale s'est montrée encore au moment de la dernière période menstruelle; mais elle ne présente pas une intensité comparable à celle qu'elle avait auparavant; les autres phénomènes, également moins prononcés, sont encore menaçants; je donne à cette personne le conseil de passer quelque temps à la campagne. Elle reste 5 mois chez un de ses parents, dans le Midi. Elle a éprouvé encore un peu de douleur inguinale lors des premières menstruations qui ont suivi la fin du traitement; cette douleur a tout à fait cessé depuis.

Voyons maintenant quelle influence exerce sur le parenchyme utérin l'inflammation chronique.

Becquerel, qui n'admettait pas cette métrite parlait d'engorgement *mou*, *induré*, *hypertrophique*. Pour qui est au courant des idées de l'époque, ces termes indiquent une augmentation de volume accompagnée de changements de consistance [1]. Ceux-ci correspondent aux phases anatomiques de la maladie constatées par Scanzoni : la première comprend la stase, l'infiltration séreuse et séro-fibrineuse. La matrice est rouge, livide à la surface; son tisu conserve l'empreinte du doigt: on modifie sans effort la direction des segments. A la coupe, cette diminution de consistance est plus manifeste; on n'éprouve plus la même résistance que quand l'utérus est normal. Le scalpel ne grince pas, on dirait qu'il pénètre dans un muscle flasque d'où s'écoule en abondance du sang et de la sérosité. Sur les surfaces, on remarque de larges veines béantes, inégalement dilatées et plus inégalement distribuées. A côté des zones hyperémiées, on en trouve d'autres exsangues presque jaunes. Dans celles-ci, les fibres musculaires sont écartées par une exsudation de consistance variée ; un petit nombre sont normales, la plus grande partie d'entre elles ont subi la dégénérescence graisseuse. Ainsi, dès la première période de la métrite parenchymateuse chronique, le volume de l'organe est augmenté, sa force de réaction est amoindrie : si l'on

1. *Traité des maladies de l'utérus*, Paris 1859.

songe que les altérations de la muqueuse sont contemporaines, qu'elles s'accompagnent d'hypersécrétion et d'accumulation de liquide dans la cavité du corps, on comprendra avec quelle facilité il se modifie.

Que vont devenir les tissus? Robin avait dit que dans les portions limitant celles qui sont enflammées, on trouve des globules inflammatoires; il s'y développerait plus tard des éléments fibro-plastiques, qui, en s'accolant aux éléments normaux, transformeraient l'engorgement en hypertrophie chronique. Virchow a rappelé que certains tissus ont la propriété de provoquer la formation de tissus analogues dans leur voisinage [1].

Sans pénétrer très avant dans l'intimité des phénomènes organiques, on peut admettre : 1° que la métrite chronique existe et qu'elle produit les mêmes altérations que toutes les phlegmasies chroniques; 2° qu'elle aboutit à la transformation scléreuse de la paroi utérine.

Il est inutile d'établir des divisions topographiques et d'étudier séparément les métrites chroniques du corps et du col. La solidarité entre la circulation des différentes portions de l'utérus est si étroite qu'il est impossible d'isoler une partie de l'autre; — lorsqu'une modification se produit à un point déterminé

1. *Pathologie cellulaire*, I, 333.

on ne peut pas prévoir si elle s'y cantonnera ou de quel côté elle s'irradiera. A un moment, il se fait une augmentation de volume avec exagération de la mobilité, leucorrhée catarrhale, dysménorrhée; à l'examen au spéculum, le col paraît intact; un mois ou deux plus tard, il sera peut-être boursoufflé, ulcéré et présentera ce renversement des lèvres en dehors que certains auteurs ont appelé ectropion.

En procédant par induction on arriverait à conclure de la marche et de la topographie de la métrite qu'elle doit altérer dans tous les cas la forme de l'utérus. La substitution du tissu conjonctif au tissu musculaire qui a besoin de 5, 10, 15 ans ou davantage pour être complète, ne suit pas son évolution sans qu'une courbe soit modifiée, sans que l'intégrité morphologique soit compromise. Les changements de forme marqués sont les flexions :

Avons-nous le droit de les rattacher à la métrite chronique? Ne serait-il pas plus rationnel de regarder celle-ci comme leur conséquence?

Pour Velpeau, les modifications de la direction du col et du corps de l'utérus, constituant une difficulté pour le passage du sang, étaient la cause de douleurs violentes capables de s'irradier vers l'hypogastre. La question fut portée à l'Académie de médecine en 1849. Velpeau n'essaya d'expliquer ni quand ni com-

ment se produisaient mais il voulut faire admettre ses idées sur les flexions de manière à donner une orientation à la thérapeutique.

Hervez de Chégoin et Valleix l'appuyèrent ; Amussat et Huguier, plus réservés, firent remarquer que les flexions isolées étaient rares ; qu'il y avait presque toujours avec elles des accidents locaux de différents ordres. » Et l'état général qu'en faites-vous ? » demandèrent Baud et Gibert. Reprenant les doctrines des diathèses ils déclarèrent que l'état général est tout et que la flexion n'est rien.

Paul Dubois répondit par une série de négations ; son expérience leur donnait un poids énorme : selon lui les flexions n'avaient aucune importance pour la santé ; on en trouverait chez le tiers des femmes au moins ; les accidents dont certaines se plaignent seraient dus au catarrhe utérin.

Il devenait difficile de se ranger, sans hésitation à l'avis de Velpeau. Cruveilhier alla jusqu'à nier les flexions.

La situation respective du col et du corps n'a rien de mathématique ; elle peut varier dans des proportions à peine croyables, sans que les fonctions soient entravées. Pour admettre l'idée de Cruveilhier il eût été indispensable d'établir :

1° Quelle est exactement la direction du col et celle du corps chez une femme bien constituée ;

2° Que ces directions ne sont jamais modifiées.

D'une bonne étude critique sur les documents relatifs à cette question, M. Lacroix a conclu que chez la femme adulte l'utérus est rectiligne ; sa direction est celle du détroit supérieur du bassin, le fond de l'organe regardant l'ombilic, le col regardant en arrière et en bas vers l'articulation sacro-coccygienne. Si des circonstances accidentelles changent cette direction, elle tend à se reproduire dès que les causes ont cessé d'agir.

Les flexions congénitales produisent peu ou point de troubles fonctionnels.

En 1854, M. Depaul s'occupa d'une variété plus importante au point de vue clinique ; il ne raisonnait plus d'après des mensurations prises sur des cadavres mais d'après des observations faites sur des femmes vivantes traitées pour des métrorrhagies, de la dysménorrhée, etc. Elles avaient des flexions ; mais d'autres accidents expliquaient mieux qu'elles ce qu'on observait car tout disparaissait lorsqu'on atténuait ceux-ci : « J'ai vu souvent, disait Gosselin, les douleurs cesser après l'emploi du repos, des antiphlogistiques, des narcotiques, quoique la déviation persistât. » Dans les faits réunis par Goupil, il y avait des altérations utérines ou péri-utérines ; celles-ci guéries, les malades ne souffraient plus.

Ce que nous disons pour l'état de vacuité, on peut

l'étendre à la grossesse. Elle est possible dans les flexions quel que soit leur degré. Où passe le sang, le spermatozoïde peut passer. M. Pajot a vu une femme atteinte de rétroflexion qui eut trois enfants.

Une de nos malades a de l'antéflexion et de la dysménorrhée après son deuxième accouchement ; dans la suite, elle redevient enceinte et avorte au troisième mois. Si l'on considère les douleurs comme des coliques utérines, il est difficile d'admettre que la flexion n'existait pas avant elles.

Une autre devait avoir une flexion depuis l'enfance. Réglée pour la première fois à 20 ans, elle avait été dysménorrhéique jusqu'à son mariage, et devint enceinte malgré cela. De ces faits et de beaucoup d'autres on peut conclure :

1° Que les flexions congénitales ou précoces sont tolérées ; que souvent les malades n'en ont pas conscience ;

2° Que tous les accidents mis à leur actif sont des manifestations de la métrite concomitante ;

3° Qu'elles n'entravent pas la menstruation ; n'opposent à la conception qu'un obstacle insignifiant ; comme le dit M. Pajot, elles peuvent constituer des difficultés, aucune n'entraîne une impossibilité absolue ;

4° Que la métrite parenchymateuse chronique n'est jamais totale d'emblée ; qu'elle procède par soubre-

sauts, de telle sorte qu'une zone d'hyperplasie conjonctive se trouve à côté d'une zone d'exsudation. Il existe des inégalités notables dans la consistance, la tonicité, la forme même des segments de l'organe.

Ces considérations nous conduisent à une conclusion pathogénique : les flexions utérines sont consécutives à la métrite chronique ; les symptômes qu'on leur a longtemps attribués dépendent de celle-ci. La thérapeutique doit s'adresser exclusivement au parenchyme utérin ; qu'on fasse disparaître l'exsudat séro-fibrineux interstitiel et la stase ; qu'on rétablisse l'équilibre nutritif et la tonicité, la femme cessera de souffrir aussi bien au moment des règles que dans leur intervalle ; les pertes blanches et rouges seront supprimées, elle deviendra capable de concevoir et de mener à bien une grossesse. Ces desiderata sont souvent remplis par le massage, nos observations vont le montrer.

### Obs. CCI

*Métrite parenchymateuse. — Antéflexion utérine. — Diarrhée réflexe. — Hypocondrie, nervosisme. — Massage utérin. — Guérison de la diarrhée, plus tard lypémanie.*

Mlle L..., 32 ans, se présente à la clinique pour une diarrhée qui remonte à trois ans et contre laquelle on a essayé en vain toute sorte de traitements. La maladie aurait débuté quelque temps après une fausse couche et c'est à elle que la malade la rattache. Cette idée paraît vraisemblable parce que

la diarrhée s'est accompagnée d'un certain nombre d'autres phénomènes, qui probablement présentent, au point de vue pathogénique, un lien étroit les uns avec les autres.

Au mois de décembre 1872, apparaissent les douleurs lombaires et interscapulaires exaspérées par la marche et les mouvements ; cette personne qui fait des ménages, peut exercer difficilement sa profession. A la même époque, leucorrhée peu abondante, mais qui depuis a toujours continué. Le caractère a changé ; d'enjouée qu'elle était, elle est devenue triste. Cette espèce d'hypocondrie revenait par accès, sans cause plausible, et durait parfois des mois. En dehors de ces crises, l'état mental ne laissait rien à désirer. Appétit excellent, aspect général satisfaisant, possède même une certaine vigueur. De temps en temps, la diarrhée s'arrête pendant une quinzaine de jours ; lorsqu'elle reparaît, elle présente une intensité telle que la malade a jusqu'à 20 selles liquides par jour. Le maximum correspond à l'époque des règles. Cette diarrhée est exclusivement diurne ; la malade dort bien et n'est jamais obligée de se relever. Les selles ne sont ni précédées ni suivies de douleurs. D'accord avec un de mes confrères qui fréquentait à ce moment la clinique, je supposai que la diarrhée pouvait avoir une origine palustre et nous administrâmes le sulfate de quinine ; le résultat fut complètement nul. Il nous parut alors démontré que nous nous trouvions en présence d'un phénomène indépendant d'une affection du tube digestif et d'origine purement nerveuse. Etant données les circonstances dans lesquelles les accidents s'étaient montrés, je pensai qu'il existait une affection utérine et que cette affection pouvait être la cause de tout.

A l'exploration des organes génitaux je trouvai, en effet, l'utérus antéfléchi, mobile, volumineux et de consistance aug-

mentée : excoriation de la lèvre postérieure du col qui laisse suinter un liquide purulent.

Massage de l'utérus. Les phénomènes directement produits par la métrite chronique disparaissent très vite, les accidents observés du côté du tube digestif diminuent presque aussi vite. Après deux mois de traitement, il y avait tout au plus 4 selles en 24 heures et les matières sont devenues plus consistantes. J'ai revu cette personne plus d'un an après la fin du traitement; dans cet intervalle, elle n'a jamais eu plus de deux selles normales par jour ; à l'époque des règles, la consistance des matières diminue et pendant quelques jours les gardes-robes deviennent un peu plus fréquentes.

Des renseignements ultérieurs m'ont appris que les accès de mélancolie étaient devenus plus fréquents et plus graves, et qu'on avait dû la faire entrer dans un asile d'aliénés.

## Obs. CCII

*Métrite parenchymateuse. — Abaissement léger et antéflexion de l'utérus. — Dysménorrhée. — Leucorrhée. — Massage. — Guérison.*

Mme T..., 28 ans, femme d'un maréchal des logis de gendarmerie, dysménorrhéique depuis son deuxième accouchement remontant à 3 ans. Cette personne est faible et de constitution délicate. Réglée pour la première fois à 15 ans, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'à son mariage. Devenue enceinte pour la troisième fois, elle espéra être débarrassée de ses accidents. Cette nouvelle grossesse fut terminée par un avortement au 4e mois. A peine a-t-elle quitté le lit, que les douleurs commencent à reparaître : la moindre pression sur

l'abdomen provoque une sensation pénible vers la vulve et le périnée. Douleurs continuelles dans les reins, miction fréquente, un écoulement abondant, épais, jaunâtre, parfois sanguinolent, la fatigue. Elle ne peut monter les escaliers sans être essoufflée à l'extrême ; entre à l'hôpital. Bains chauds tous les deux jours, cautérisation de l'ulcère, tampons vaginaux d'alun. Au bout de 2 mois, les règles reviennent en quantité normale, lavement d'amidon laudanisé sans résultat. Après un séjour de six semaines à l'hôpital, elle sort après avoir éprouvé une amélioration notable, un mois plus tard, traitée par une sage-femme, qui prescrit un pessaire, des injections d'une solution d'écorce de chêne, des douches froides sur les reins, du fer à l'intérieur. Plus tard, électrisation directe de l'utérus, sans plus de succès, leucorrhée peu abondante, filante : visqueuse, envies d'uriner, et mictions fréquentes (16 en 24 heures) accompagnées d'une sensation de brûlure à l'intérieur ; les urines sont troubles, bourbeuses. Tout travail est devenu impossible, affaiblissement psychique extrême, léger abaissement et antéflexion de l'utérus ; col lisse sans autre altération que des cicatrices résultant de cautérisations antérieures. Le massage agit avec autant de rapidité que dans les cas précédents, cette malade extrêmement fatiguée de son état se soumet au traitement avec une régularité absolue. La première menstruation qui suit le début est normale et presque indolente, ses envies d'uriner ont notablement diminué ; 5 à 6 mictions dans la journée tout au plus. Pression hypogastrique beaucoup moins pénible qu'auparavant, peut faire sans difficulté sa besogne courante. Durée du traitement 40 jours environ. J'ai revu à plusieurs reprises cette personne, elle allait très bien.

### Obs. CCIII

*Métrite parenchymateuse. — Antéflexion utérine. — Dysménorrhée. — Diarrhée profuse aux époques menstruelles. — **Massage. — Guérison.***

Mme S..., 26 ans, originaire de Suède, vient me consulter au mois de décembre 1876 pour des douleurs violentes à l'époque des règles. Elle aurait fait, au cours de l'année 1876, une fausse couche dans les premiers mois de la grossesse. Cette fausse couche n'aurait donné lieu à aucun accident immédiat, menstruation toujours régulière depuis lors; à la fin de l'année dernière elle a commencé à souffrir à l'approche des règles. Dans l'intervalle, elle était tourmentée par une douleur sourde, gravative dans les lombes avec des tiraillements dans les aînes. Jusque vers la fin de 1874 pas de changements dans l'état général. A cette époque, les douleurs de reins augmentent et s'accompagnent d'une forte pression dans le bas ventre; pour les calmer, elle est obligée d'appuyer énergiquement les mains sur l'hypogastre. Si elle est dans une voiture non suspendue, elle est obligée de la faire arrêter et de descendre. Dans les mêmes conditions nausées et vomissements. Les règles sont devenues tellement douloureuses qu'à leur approche, la malade est obligée de se mettre au lit et d'y rester deux ou trois jours. Les douleurs cessent aussitôt que l'écoulement menstruel apparaît; l'état général a peu souffert, la malade présente toujours l'apparence d'une santé parfaite. Jusqu'au printemps de l'année dernière, la digestion n'a pas été troublée; les règles sont presque toujours accompagnées d'une diarrhée qui ne cesse qu'avec elles. Elle n'est accompagnée, ni de ténesme, ni d'épreintes, ni de coliques; il y a parfois 12 selles liquides en 24 heures: la diarrhée persiste même pendant la nuit, parfois 2 ou 3 épo

ques menstruelles se passent sans accidents. La malade est épuisée après chacune de ces crises mais elle se rétablit très vite, de telle sorte qu'au bout de quelques jours on ne se doute plus de ce qui vient de se passer. Ensuite, cette personne a été traitée par les cautérisations du col ; elle a pris des bains de siège, en même temps qu'on a appliqué sur l'hypogastre des compresses de même nature ; ferrugineux, bains généraux d'eau salée, lavements opiacés, suppositoires belladonnés. Depuis lors, les troubles intestinaux ont été traités par un autre médecin, il n'a jamais réussi à arrêter la diarrhée pendant plus de 24 heures. Lorsqu'on suspendait l'administration des médicaments qui l'avaient enrayée, elle reparaissait aussi intense qu'auparavant. Je vis cette malade pour la première fois ; il y avait environ 18 mois qu'elle avait cessé tout traitement. Elle avait une leucorrhée à peu près insignifiante, mais la dysménorrhée était plus violente que jamais.

Au toucher vaginal, on constate que l'utérus, en antéflexion, presse fortement sur la vessie. Les mictions fréquentes d'autrefois n'existent plus. La consistance de l'organe est normale ; il est complètement mobile ; douleur peu vive à la pression. Rien dans les culs-de-sac ; la sonde pénètre à plus de 7 cent.

Au commencement, le massage est un peu douloureux surtout au niveau du fond de l'utérus, cette douleur est notablement atténuée, elle disparaît presque complètement au bout de 15 jours. A la période menstruelle suivante, 3 semaines après le début du traitement, la malade est pour ainsi dire surprise par l'écoulement menstruel. Pendant le reste de la durée du traitement, elle n'eut plus de dysménorrhée. La diarrhée avait encore accompagné la première période, seulement les matières étaient moins liquides ; depuis quelques semaines, la malade peut faire des promenades à pied et en

voiture sans souffrir. La sensation de pesanteur qu'elle éprouvait antérieurement du côté du périnée a complètement cessé. L'état moral s'était avantageusement modifié. Cette personne qui était auparavant sujette à des poussées de tristesse est maintenant gaie ; l'utérus ne mesure plus que 6 cent. 1/2. Je la vis de nouveau après la 3e menstruation qui suivit le début du traitement : celui-ci avait été interrompu depuis quelque temps, il n'y avait pas de dysménorrhée à proprement parler, mais la malade était moins bien qu'à l'époque antérieure ; elle éprouvait une sensation de gêne assez pénible dans le bas-ventre. Persuadé que ces accidents disparaîtraient facilement, je fis, pour hâter cette disparition, quelques nouvelles séances de massage ; dix suffirent. Au mois de juin de l'année suivante (dix mois après le début du traitement), je reçus une lettre de cette malade qui était retournée en Suède. Depuis qu'elle a quitté Paris, elle n'a jamais eu ni dysménorrhée, ni troubles intestinaux. L'état général est excellent.

Dans les flexions utérines, la lésion du parenchyme utérin explique tous les changements de forme ; cette explication ne suffit plus pour les versions et les abaissements. On peut admettre, à la rigueur, que sous l'influence des changements apportés dans la densité de l'organe par l'inflammation, il s'est fait un déplacement de son centre de gravité, mais cette explication ne rend compte de rien. Il est plus simple de supposer que si le corps de l'utérus exécute un mouvement de bascule en arrière, cela tient à des modifications structurales des moyens de fixité ou à la formation de

brides rétractées. Ajoutons à cela l'influence des causes qui peuvent favoriser le déplacement, lui imprimer une direction dans un sens ou dans un autre, telles que la marche, les mouvements exagérés, les efforts pour soulever un fardeau, etc.

Les lésions mentionnées ont été, en effet, rencontrées dans plusieurs de nos observations. Rien n'est plus facile à expliquer qu'une rétroversion, par exemple : la traction d'une bride imflammatoire intra-pelvienne suffit pour amener le fond de la matrice en arrière. Les propagations de la métrite aux tissus du voisinage, joue un rôle de première importance. Legendre, après avoir longuement discuté l'influence de l'accouchement sur la production du prolapsus utérin, fait remarquer qu'il agit surtout par la métrite et la périmétrite[1].

Nous donnerons ici une observation qui nous paraît intéressante dans laquelle la métrite chronique était compliquée de déplacement.

### Obs. CCIV

*Métrite parenchymateuse. — Antéversion utérine. — Douleurs hypogastriques violentes. — Douleurs réflexes éloignées. — Dyspareunie. — Grossesse unique, il y a sept ans, plus d'autres depuis. — Massage. — Guérison. — Nouvelle grossesse, 4 mois après la fin du traitement.*

M^me^ T..., concierge, 38 ans, souffre depuis sept ans. Son af-

1. Par elles-mêmes, les versions ne donnent pas plus d'accidents que les flexions ; ceux qu'on observe dans ces cas tiennent à la métrite concomitante.

fection utérine, qui, d'après elle, remonte à cette date, aurait été la conséquence d'un accouchement laborieux. Elle a été traitée par différents médecins : pessaires, cautérisations, injections vaginales, et intra-utérines, on a tout essayé. Depuis longtemps, elle porte une ceinture hypogastrique. Douleurs des reins s'irradiant parfois jusque dans les cuisses, sensation de pression à l'hypogastre. Ces accidents sont plus prononcés durant la marche, ce qui empêche la malade de faire de longues courses à pied. La fatigue, qu'elle ne tarde pas à éprouver à cette occasion, rend la promenade encore plus difficile. Une pesanteur très pénible dans la région de l'anus augmente encore cette gêne. Au début, ménorrhagies inquiétantes ; actuellement, la menstruation est normale. Presque plus de leucorrhée. Un peu de météorisme intestinal ; constipation habituelle. Dyspareunie. Gastralgie à attaques assez rares, mais très pénibles. Névralgie occipito-pariétale, palpitations, sensation de suffocation à chaque émotion vive ; envie de pleurer sans cause appréciable. Utérus volumineux, très dur en antéversion, mobile en tous sens. Du reste, rien à noter du côté des organes génitaux. Etant données la durée très longue des accidents, la multiplicité des traitements suivis, il y a lieu de supposer que l'état de l'utérus et des parties voisines laisse à désirer. C'est sur les instances mêmes de la malade, dont plusieurs amies ont été guéries par le massage, que je consens à l'appliquer, faisant des réserves expresses pour le résultat qu'il serait possible d'obtenir. Cette personne a de l'embonpoint et le traitement est assez difficile. Afin de diminuer la sensibilité, je fais mettre pendant quelque temps au début de la séance, des compresses glacées sur le ventre. Au bout de trois semaines, l'hyperestésie du début n'existe plus, et le procédé est toléré plus facilement. Sous l'influence des ma-

nipulations, le pannicule adipeux abdominal a diminué ; les téguments sont devenus plus flasques et plus minces.

Après 46 jours d'un traitement suivi avec la plus parfaite régularité, la malade se déclare presque guérie. Elle ne se plaint plus que d'un peu de faiblesse et de temps en temps d'accidents nerveux. Je la revois au bout de 3 mois, elle va très bien. Les douleurs lombaires ont disparu, de même que la sensation de pesanteur péri-anale dont elle se plaignait. Peut marcher sans fatigue et sans gêne. Depuis la fin du traitement, elle n'a plus d'attaques de gastralgie, ni de névralgies de la tête. La dyspareunie n'existe plus. La surcharge graisseuse des parois abdominales a diminué ; l'aspect général est devenu meilleur.

Quatre mois après la fin du traitement, les règles cessent pendant 2 périodes, ce qui n'était jamais arrivé. La malade vient me trouver de nouveau, assez inquiète : je crois à une grossesse et je lui fais part de ma supposition qu'elle se refuse à admettre. Elle était malgré tout exacte, et cette personne accoucha à terme d'un garçon bien développé et qui a vécu.

2° *Endométrite fongueuse hémorragique.* — Coup d'œil sur l'histoire de cette maladie. — Ses lésions. — Ses symptômes. — Indications et résultats du massage.

Cette affection a été étudiée pour la première fois par Récamier. Le catarrhe est souvent insignifiant, mais il y a des ménorrhagies et des métrorrhagies si fréquentes, que certaines femmes ne reconnaissent même plus le moment des règles ; l'amaigrissement et des troubles nerveux en sont la conséquence habituelle.

« Il y a 40 à 50 ans, disait M. Olshausen en 1875, les Français connaissaient l'endométrite fongueuse; ils en avaient donné de bonnes descriptions et déterminé ses caractères anatomiques. A ce moment, certaines personnes, la niaient et repoussaient avec horreur le traitement de Récamier; il paraît que la maladie a été oubliée et qu'elle n'est presque plus connue en France; en Angleterre et en Allemagne, on n'a jamais attaché aux données des auteurs français l'importance qu'elles méritent. »

Récamier traita l'endométrite fongueuse, d'une manière rationnelle, sans en connaître la vraie nature, sans même y attacher d'importance.

Dès 1843, cet auteur en parlait dans une communication à l'Académie. Trois ans plus tard, il proposa l'abrasion de la muqueuse utérine dégénérée[1]; l'idée parut extraordinaire. On avait lancé deux mots, dont le rapprochement fit vite naître une idée : fongosités et abrasion. Cette opération fut faite par Récamier et par d'autres. Robert publia bientôt la description de fongosités enlevées par la curette, et les précautions à prendre pour l'enlèvement[2].

Le premier travail un peu complet sur la question, fut un mémoire de Récamier (1850)[3]. Il était

1. *Annales de thérapeutique*, août 1846.

2. *Bulletin de thérapeutique*, t. XXI, p. 344.

3. Mémoires sur les productions fibreuses et fongueuses intra-utérines, *Union médicale*, 1850, 1er, 4, 6 et 8 juin.

confus, l'entité nosographique se dégageait péniblement. Paul Dubois ne voulait entendre parler ni de grattage, ni de cathétérisme de l'utérus. Mais Nélaton adopta les idées de Récamier, et popularisa sa méthode.

En 1860, l'endométrite hémorragique était à peu près admise. Aran, Becquerel, Scanzoni, Lebert, la niaient, mais Nélaton, Maisonneuve, Robert y croyaient. Trousseau indiqua ce qu'il y avait d'outré d'un côté et de l'autre. « Si Récamier, disait-il, a eu le tort d'exagérer peut-être un peu tout ce qui est relatif à cette maladie, d'autres médecins fort recommandables du reste ont eu le travers de la nier d'une façon trop exclusive. »

Deux faits étaient acquis : des métrorrhagies rebelles tourmentent des personnes chez lesquelles on enlève à la curette des fragments fongueux de la muqueuse utérine. Ceux qui doutaient de la maladie déclaraient que c'était là une disposition rare et insignifiante. Il fallait pourtant bien reconnaître qu'elle n'était pas normale. La description macroscopique apportée par M. Richet à la discussion de la Société de chirurgie, basée sur de nombreux examens cadavériques, ne laissa subsister aucune obscurité ; les fongosités ont l'aspect de saillies libres et flottantes dans la cavité ; de longueur variable, les plus petites dépassent à peine le niveau de la muqueuse. D'autres ont de 8 à

10 millimètres et ressemblent aux papilles fongiformes de la langue ; elles sont serrées et dressées les unes contre les autres ; en posant le doigt à la surface de la muqueuse, on peut les coucher. Très vasculaires, elles se gorgent de sang lorsqu'on presse la paroi utérine et prennent une belle couleur groseille. Des lésions analogues avaient été décrites même avant qu'on parlât de fongosités et qu'on songeât à les traiter. Ainsi, dans le cours de l'année 1838, une femme de 25 ans succombe, dans le service de Lisfranc, à la suite d'une hémorragie incoercible. Forget trouve à l'autopsie quinze à vingt fongus développés sur la zone supérieure de l'utérus et qu'il appelle polypes cellulo-vasculaires.

On espérait que les micrographes trancheraient la question, il n'en fut rien. Robin croyait que les fongosités étaient formées de tissu cellulaire en petite quantité et d'éléments fibro-plastiques plus abondants que dans le tissu de la muqueuse normale.

Lebert déclara que les prétendues végétations enlevées à la curette n'étaient que des fragments de la muqueuse ramollie et désagrégée, renfermant des glandes normales sur lesquelles il est impossible de se méprendre quand on les a examinées au microscope [1]. Les auteurs allemands n'ont guère apporté plus d'u-

1. In thèse de Juteau : De *l'hémorragie utérine essentielle*. Paris, 5 août 1850.

nanimité dans leurs descriptions ; d'après Olshausen, la maladie s'étend d'habitude à toute la muqueuse ; elle présente une ressemblance impossible à méconnaître avec d'autres formes polypoïdes. La seule différence tient à ce que les polypes sont constitués par des dilatations glandulaires, tandis qu'on n'en trouve pas dans la maladie en question. Plus tard, Virchow considéra comme une variété de sarcome cette hyperplasie généralisée. Au mois de mars 1877, Ahlfeld montre, à une séance de la Société obstétricale de Dresde, une préparation dans laquelle la muqueuse utérine présentait de petites excroissances ; il appela cette affection, qu'il avait eu 8 fois l'occasion d'observer : *Endométrite déciduale tubéreuse et polypeuse.* Selon M. Bischoff, l'endométrite catarrhale de longue durée produit des inégalités de la surface de la muqueuse ; elles tiennent en partie à des œdèmes partiels, en partie à de petits extravasats sanguins, et à la dégénérescence kystique de quelques glandes ; ces inégalités deviennent plus marquées lorsque l'épithélium se détache et qu'il est remplacé par un tissu glanduleux. On se trouve alors en présence d'une certaine catégorie de fongosités constituées par des tuméfactions catarrhales, avec granulation consécutive de la muqueuse ; l'épithélium a disparu, les tissus sous-jacents sont normaux, sauf les glandes, qui ont un peu augmenté de volume ; souvent on trouve de la fi-

brine, de jeunes cellules de tissu conjectif, des vaisseaux de nouvelle formation minces et tortueux. Ces excroissances forment dans la cavité des espèces de saillies ; il n'existe entre elle et les polypes que des différences de quantité des éléments. Tout dépend d'endométrites partielles, de la formation de granulations à la surface[1].

Il est impossible d'isoler complètement la maladie de la métrite parenchymateuse, car la musculature n'est jamais intacte. Déjà Ferrier et Goldschmidt[2] l'avaient constaté dans les autopsies, l'utérus était augmenté de volume ; il existait souvent des ulcérations superficielles du col ; la cavité du corps était agrandie et le tissu propre du corps ramolli.

Dès le début, les hémorragies, phénomène capital, donnent la véritable note clinique ; à la rigueur, l'utérus peut conserver à peu près son volume et sa forme ; cette intégrité apparente ne préjuge rien sur la durée et la gravité du cas ; c'est à l'hémorragie qu'il faut s'attacher.

Elle est profuse ; tantôt c'est à l'époque des règles qu'on la voit ; celles-ci sont plus longues que d'habitude, les quantités de sang perdues sont plus considérables ; les malades sont affaiblis à l'extrême ; dans

1. *Die sogenannte Endometritis fungosa*. Correspondenzblatt für schweizer Aerzte. 1878, n° 16, p. 484.

2. *Thèse de Strasbourg*, 1859.

la plupart des cas, il y a entre les époques des métrorrhagies profuses. Une personne traitée par différents moyens, avait pu se croire guérie ; la perte reparut à la suite d'une émotion morale. Depuis lors, elle se produisit après le plus léger effort ; dans l'intervalle, il existait un écoulement séro-sanguinolent et de la leucorrhée.

Les malades pâles, bouffies, deviennent incapables de faire un mouvement et se trouvent mal au moindre effort.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la douleur. Olshausen la croit insignifiante ; d'après lui elle serait due à l'expulsion du sang accumulé dans la cavité utérine.

Rousseau, au contraire, affirme qu'une violente douleur accompagne constamment les hémorragies. Celle que l'on observe le plus fréquemment siège dans la région sacrée : elle est sourde, gravative, cloue les malades sur leur chaise et leur fait appréhender le moindre déplacement. On la retrouve dans la région lombaire, dans les aînes, avec retentissement dans le haut des cuisses. Les douleurs sont, en raison directe de l'abondance et de la fréquence des hémorragies ; une exacerbation annonce souvent une perte.

Je n'admets complètement ni les idées d'Olshausen ni celles de Rousseau. Le symptôme douleur n'est pas si rare que l'a dit le premier ; il est moins ef-

frayant que ne le croit le second. Les dissentiments me semblent tenir à des différences d'interprétation. Olshausen attribue à l'anémie les troubles de la sensibilité ; les auteurs français pensent, comme Rousseau, qu'ils tiennent à l'état local.

Nos observations prouvent que la thérapeutique qui a réussi pour le parenchyme, réussit pour la muqueuse. Avec le massage on a raison des ménorrhagies ; on rétablit la régularité circulatoire et l'équilibre nutritif. Les époques se passent sans accidents ; il n'y a plus de métrorrhagies, les forces et l'appétit augmentent, les phénomènes secondaires s'atténuent ; ces résultats ne sont pas mauvais. Qu'on dise, si l'on veut, que le massage est un palliatif ; l'amélioration qu'il produit est telle que presque toujours les malades s'en contentent. Si son emploi devait se généraliser, les discussions relatives aux cautérisations et au grattage seraient définitivement closes.

Lorsqu'il n'existe ni changements de forme, ni changements de situation, on approche bien près de la *restitutio ad integrum*. L'organe reprend sa consistance : plus de mollesse, les foyers indurés disparaissent. J'ai vu parfois, chez des multipares, des utérus d'abord gros, mous, saignants prendre des caractères tels, qu'au toucher seul, on eût pu croire qu'il s'agissait d'un utérus virginal.

### Obs. CCV.

*Endométrite fongueuse. — Antéflexion. — Massage. — Guérison.*

Au mois d'avril 1878, vient à la clinique du docteur Paquelin une femme de 32 ans, se plaignant de métrorrhagies abondantes. Les premières seraient survenues, il y a quatre ans et quelque mois, à la suite d'un accouchement. Celui-ci avait cependant été normal et n'avait pas nécessité l'application du forceps. Depuis ce moment la durée de la période menstruelle a augmenté. Vers la fin de 1877, à la suite du repos et d'un séjour de quelques mois à la campagne, amélioration. Les intervalles des métrorrhagies proprement dites sont marqués par un écoulement séro-sanguinolent. Céphalée habituelle. Inappétence ; ne va à la selle qu'à l'aide de lavements. Anémie, faiblesse générale. Traitée sans résultat par presque tous les hémostatiques connus. L'utérus, un peu agrandi et en état d'antéflexion, est mobile en tous sens. La surface est lisse, sans inégalités. L'introduction de l'hystéromètre provoque l'issue d'un flot de sang mélangé à des caillots de mauvaise odeur. Impossibilité de découvrir quelque tumeur comme cause d'hémorragie.

La curette ne ramène cependant pas les végétations caractéristiques. Du reste, la malade se trouve dans un tel état d'excitation nerveuse, qu'il est impossible de prolonger l'exploration.

Quinze jours plus tard, j'explore de nouveau la cavité avec la curette de Sims. En appuyant sur le fond de l'utérus, à travers les parois de l'abdomen devenues flasques et en portant l'instrument vers la partie postérieure, je parvins à ramener

une petite quantités de végétations bien connues ; rien dans le reste de l'organe.

Bientôt je commençai le massage, rendu facile par la flaccidité des parois de l'abdomen et l'énergie de la malade, qui voulait à tout prix être débarrassée de ses métrorrhagies. Après un mois de traitement, amélioration déjà sensible, peut passer quelques heures debout, s'occuper de son ménage. Se figurant qu'elle était assez forte pour sortir et faire une promenade à pied, elle eut une métrorrhagie profuse en descendant une pente rapide. Cette imprudence retarda la guérison, qui ne fut définitive qu'au mois de juillet. J'ai revu cette personne à la fin de l'année, la guérison s'était maintenue.

### Obs. CCVI

*Endométrite fongueuse. — Dysménorrhée. — Douleurs inguinales. — Anémie extrême. — Disparition de ces accidents sous l'influence du traitement général. — Persistance des métrorrhagies. — Rétroflexion utérine. — Massage. — Guérison.*

Mme G., 31 ans, confectionneuse, se présente, au mois de juillet 1877, à la clinique de Paquelin. Mariée, mère d'une petite fille de 3 ans.

Cette personne est un exemple frappant de ce fait que, malgré des métrorrhagies répétées et même abondantes, l'état général peut rester satisfaisant, tant que les fonctions digestives s'exécutent bien et que la réparation est suffisante.

Quelques mois après son accouchement, nouvelle grossesse, terminée par un avortement au second mois. Il y eut une métrorrhagie abondante que le médecin appelé, put dimi-

nuer, sans l'enrayer. Pendant six mois, la malade a dû garder le lit, perdant du sang en quantité plus ou moins grande. Glace, tamponnements avec de l'alun, perchlorure de fer ; impossible d'arrêter complètement l'hémorragie. Ecoulement séro-sanguinolent continu. Lorsque, au bout d'un certain temps, la malade crut remarquer un peu d'amélioration dans son état, elle voulut se lever et sortir. L'anémie et la faiblesse étaient si prononcées, qu'elle avait des syncopes et tombait à chaque fois dans la rue. Douleur lancinante dans les deux aînes. Nerveuse, excitable, irascible, palpitations et suffocation à la moindre émotion un peu vive.

Quand, à la suite d'une médication reconstituante et d'un séjour à la campagne, elle se remet un peu, l'amélioration ne dure que peu de temps ; aussitôt après le retour à Paris, elle est dans le même état qu'auparavant. Elle a passé d'un hôpital à un autre, sans qu'on ait réussi à obtenir autre chose qu'un soulagement temporaire.

La première fois que je vois cette malade, je suis frappé de l'état satisfaisant de la santé générale : elle est pâle, mais elle a de l'embonpoint et ne paraît pas trop souffrir. Cependant les métrorrhagies sont abondantes pendant la marche comme pendant le repos; elle fait tout son possible pour vaquer tant bien que mal à ses affaires. Utérus un peu ramolli et en rétroflexion, complètement mobile, de 8 centimètres de longueur. Culs-de-sacs souples. En pressant fortement dans celui de gauche, on éprouve la sensation d'une tuméfaction, diffuse, douloureuse, placée très haut et correspondant à un point où la malade a toujours accusé une assez vive douleur. Le col est volumineux ; de son orifice externe entr'ouvert, sort, lorqu'on élève l'utérus et qu'on le comprime entre les deux mains, en même temps, une grande quantité de sang, un peu pâle, mé-

langé de petits caillots. L'exploration manuelle de la surface extérieure de l'utérus combinée avec l'examen de la surface interne, au moyen de l'hystéromètre, ne permet pas de découvrir les tumeurs fibreuses qu'on supposait exister. La curette put être introduite sans difficulté, par suite de l'ouverture permanente de l'orifice cervical. Après l'avoir promenée de différents côtés, je pus obtenir une petite quantité de substance fongueuse, dont la présence est pathognomonique. Massage, assez difficile à cause de la situation de l'utérus et de la sensibilité des téguments du ventre. Au début, chaque séance est accompagnée d'une métrorrhagie abondante avec caillots. Après six semaines de traitement, amélioration déjà sensible ; métrorrhagies moins abondantes ; les forces commencent à revenir. Peut marcher plus facilement. Le traitement est suivi d'une façon tout à fait irrégulière ; la malade fait quelquefois des absences de 14 jours à 3 semaines. L'amélioration n'est pas non plus régulièrement progressive ; de temps en temps, elle a des pertes, mais elles sont moindres qu'auparavant. A un certain moment, elle put se croire complètement guérie et considéra la dernière métrorrhagie comme l'écoulement régulier et normal de la période menstruelle.

Pendant les six mois qui suivirent tout allait bien ; je la revis après cette période, elle était toujours un peu pâle, bien qu'elle eût continué à prendre des fortifiants. Elle n'aurait eu aucune métrorrhagie depuis la fin du traitement. Depuis 4 mois, les règles sont revenues à leurs époques régulières, seulement les deux dernières ont un peu retardé ; la malade s'est crue enceinte. Je fus appelé un peu plus tard, à la suite d'un avortement. Elle l'attribue à ce qu'elle a piqué à la machine plus longtemps que d'habitude. Cet accident n'eut aucune suite fâcheuse ; la malade se remit très vite et n'eut plus de métror-

rhagies. En 1879, grossesse terminée par un accouchement normal. Malgré cela, elle ne se remit que d'une manière incomplète ; elle accusait toujours de la gêne dans le bas-ventre et de la difficulté pour marcher. Je constate alors une involution incomplète de l'utérus, dont un massage durant 14 jours, suffit pour avoir raison. Au bout d'un an, la guérison s'était maintenue.

*b) Prolapsus de l'utérus.*

Je n'ai peut-être pas une expérience suffisante pour dire ce que l'on peut attendre au juste du massage dans tous les cas ; il m'est par conséquent impossible d'affirmer que ce soit une médication radicale.

Brandt, von Preuschen, Profanter, l'ont employé en même temps que l'élévation de l'utérus ; que des exercices de gymnastique des muscles de la cuisse et de petits coups sur la région lombo-sacrée.

La malade est couchée sur le dos, les cuisses repliées sur le bassin. Le masseur, placé à sa gauche et en face d'elle, enfonce sa main droite en supination entre la symphyse pubienne et le fond de l'utérus, tandis qu'un assistant maintient celui-ci en antéversion avec un doigt introduit dans le vagin. Le masseur saisit alors de bas en haut l'utérus et ses annexes avec ses doigts fortement recourbés.

La main gardant cette position est déplacée vers l'épigastre, de telle sorte que l'utérus est attiré en haut. Lorsque les limites du déplacement sont atteintes, il

est abandonné et revient lentement dans son ancienne position. Le doigt de l'assistant suit ce mouvement, et par suite de la pression qu'il exerce d'avant en arrière sur la portion vaginale, il l'empêche de se mettre en rétroversion. Il faut pratiquer 3 fois ces élévations à chaque séance.

Les mouvements de la cuisse consistent dans l'exercice méthodique des adducteurs. La malade est dans la position indiquée les genoux et les jambes rapprochés. Le masseur, placé à côté d'elle, écarte de force un genou, tandis qu'elle s'oppose à ce mouvement. Les rôles sont intervertis lorsque les genoux sont écartés ; la malade essaye de les rapprocher, tandis que le médecin s'oppose à ce mouvement.

M. von Preuschen considère le premier temps comme accessoire ; c'est par la gymnastique musculaire que la méthode de Brandt agirait.

L'adduction forcée, surtout lorsque la malade élève en même temps le siège, s'accompagne d'une contraction énergique et prolongée du releveur de l'anus: grâce à celle-ci, le calibre du vagin diminue ; l'utérus est refoulé vers le haut, et plus tard, lorsque le traitement a été suivi assez longtemps, il est maintenu dans cette position [1].

1. *Die Heilung des Vorfalls der Gebärmutter durch Gymnastik der Beckenmuskulatur und methodische Uterushebung.* Centralbl. f. Gynäkoogie, nº 13, 1888, p. 201.

A cela, M. Sielski répond qu'une contraction musculaire provoquée ne peut pas durer assez longtemps pour constituer un moyen de fixité. En admettant que l'adduction amène une contraction énergique du releveur de l'anus, ce muscle se fatigue et le déplacement se reproduit [1]. L'auteur ne tient pas compte du tonus musculaire. A chaque instant on emploie des procédés mécaniques pour l'augmenter. Quelle que soit l'explication qu'on en puisse donner, il est certain que la méthode compte des partisans. Brandt l'a appliquée pendant un séjour qu'il a fait à Iéna, à la clinique du professeur B. S. Schultze ; il a obtenu un succès ; Preuschen en a eu un autre à Greifswald ; le résultat était d'autant plus remarquable qu'il s'agissait d'un cas invétéré. Profanter le recommande également [2].

Il faut poser une question préalable. Est-il plus facile de maintenir en place un organe sain qu'un organe infiltré, congestionné, augmenté de volume et de poids ? La réponse est facile. Dans deux cas de prolapsus que j'ai traités, j'ai fait le massage utérin et péri-utérin puis provoqué les mouvements d'abduction. J'ai eu deux succès dont un définitif. Je ne crois

1. *Das Wesentliche in der Thure Brandtschen Behandlungsmethode des Uterus Prolapsus* ; *Modifikation der Methode*. Centralbl. für Gynäkolog., 26 janv. 1879, nº 4, p. 49.

2. *Die Massage in der Gynäkologie*, Wien, 1887.

pas, pourtant, qu'on puisse attendre jamais de la méthode des avantages comparables à ceux qu'elle donne dans les phlegmasies de l'utérus ou de son voisinage. Les malades peuvent marcher, monter les escaliers, mais si elles sont obligées de se livrer à des travaux pénibles, de faire des mouvements brusques, de violents efforts musculaires, la guérison n'est que temporaire.

Les récidives à la suite du traitement du prolapsus utérin par le massage ne sont pas rares même chez les malades traitées par Brandt ou par ses élèves. Chez des femmes obligées d'exécuter un travail quotidien pénible, c'est très souvent le cas ; il existe cependant des observations authentiques de guérison définitive ; c'est-ce qui arriva dans un de mes cas de prolapsus ; dans l'autre, je n'eus qu'un résultat temporaire. Les variantes s'expliquent par les différences de condition sociale des malades ; la première pouvait s'abstenir de mouvements brusques et garder le repos ; la seconde obligée de travailler pour vivre, semblait guérie à la fin du traitement ; moins de 8 jours après qu'elle eut repris à ses occupations, (c'était une journalière de la campagne) tout se reproduisit [1].

1. Un travail magistral sur le traitement du prolapsus par la méthode de Brandt a été publié récemment par le Dr Prochownik (*Massage in der Frauenkranke*. Hamburg 1890). Cet auteur emploie les manœuvres

Voici l'observation d'une malade définitivemen guérie par le massage d'un abaissement de l'utérus avec prolapsus du vagin.

## Obs. CCVII

*Prolapsus du vagin. — Cystocèle. — Abaissement utérin. — Massage. — Guérison*

Mme A..., 33 ans, grossesse unique, il y a 10 mois, terminée par un accouchement à terme. Deux mois plus tard, saillie assez douloureuse à la vulve. Douleurs légères dans les reins, à l'hypogastre et aux aînes. La marche devient pénible; très fatiguée après avoir vaqué aux soins ordinaires de son ménage. Depuis son accouchement, perte abondante, habituelle, d'un liquide épais et jaunâtre. Besoins fréquents et irrésistibles d'uriner (plusieurs mictions dans le

que nous avons indiquées plus haut, particulièrement les élévations de l'utérus dans le but d'amener une antéversion permanente. Il admet que les adductions de la jambe peuvent être utiles, mais il ne les a pas employées. Les résultats ont été excellents. On doit dans les indications du traitement tenir compte : 1° de l'âge des malades. Après la ménopause il n'y a pas grand chose à espérer à cause des rétractions et des régressions qui se sont faites à cette époque du côté des organes génitaux ; 2° S'il existe une rupture ancienne du périnée il faut faire la périnéorraphie avant de traiter le prolapsus; 3° Le traitement n'a de chances d'aucune guérison définitive que chez les malades auxquels leur situation sociale permet de le suivre pendant longtemps et de se dispenser de mouvements violents et de travaux pénibles lorsqu'il est fini. J'ai obtenu de bons résultats sans avoir recours aux élévations préconisées par Brandt et Prochowink; je ne veux cependant pas les proscrire, je me propose même d'y recourir moi-même à l'avenir; j'espère que l'on pourra grâce à elle arriver plus vite et plus sûrement au resultat désiré.

cours d'une heure). Plus la tuméfaction vulvaire s'accusait, plus il lui devenait difficile d'expulser les dernières gouttes d'urine ; elle était obligée pour y parvenir, d'exercer avec les doigts une pression sur la tumeur. Injections vaginales d'une solution concentrée d'écorce de chêne ; pas le moindre résultat ; à l'examen local je trouve une tumeur saillante à la vulve ; elle est flasque, constituée par la paroi antérieure du vagin déprimée par la vessie. La réduction est facile ; à la fin de la journée, lorsque la malade a longtemps porté son enfant sur les bras, la tumeur a presque le volume du poing. L'utérus en rétroversion légère est gros, un peu descendu sans être procident en dehors de l'orifice vulvaire ; métrite catarrhale de moyenne intensité. La malade étant dans la station verticale, je masse la tumeur avec l'extrémité de l'index et du médius droit, par des pressions répétées contre l'arcade pubienne. L'application du procédé détermine des douleurs rénales et inguinales assez vives. Au bout de 8 jours, celles-ci sont moindres et très supportables. Au bout de 15 jours, la réduction était parfaite, mais la tendance à l'abaissement persistait ; il fallait désormais la combattre tout en continuant le massage de la tumeur. Le contenu de la vessie est toujours évacué avant chaque séance. La malade étant ensuite couchée sur une chaise longue massage de l'utérus ; des ligaments larges et utéro-sacrés.

Le mieux était déjà sensible. Lorsque la tumeur sortait, elle présentait un volume moindre qu'auparavant, était moins flasque. Après 28 séances d'un traitement interrompu seulement pendant le cours des époques menstruelles, la tumeur n'était pas plus volumineuse qu'une noisette ; sa consistance était dure, elle n'augmentait pas de volume, à la suite des efforts de la malade. J'avais massé le corps de l'utérus et les

ligaments, pour avoir raison de la métrite catarrhale, diminuer le volume de l'utérus et sa tendance au prolapsus, augmenter en même temps la vigueur des ligaments larges et des ligaments utéro-sacrés. Ces dernières manipulations étaient faciles, grâce à la flaccidité et au peu d'épaisseur de la paroi abdominale, mais elles étaient douloureuses. L'abaissement de l'utérus a presque disparu après 40 séances, résultat dû en partie au massage de l'organe et de ses annexes, en partie à l'augmentation de résistance de la paroi vaginale. En même temps, la menstruation devient plus abondante et plus régulière, la leucorrhée a complètement cessé, moins d'envies d'uriner. Deux mictions seulement par jour. Je lui recommande d'éviter les fatigues et surtout de ne pas porter de fardeaux pesants. J'ai revu cette personne, au bout d'un an la guérison s'était maintenue [1].

c) *Fibromes utérin.*

En lisant les notes prises dans les premiers temps de ma pratique à Paris, je retrouve les éléments d'une observation imprimée dans la thèse qui reçut un accueil si peu encourageant à la Faculté : Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, mère de trois enfants, qui avait fait une fausse couche 5 ans auparavant. Depuis, elle n'était pas redevenue enceinte et n'avait jamais souffert du côté de l'utérus ; leucorrhée, métrorrhagies profuses, douleurs des reins, pe-

1. Dans les cas plus fréquents qu'on ne croit de prolapsus causé par un allongement hypertrophique du col utérin, le massage ne peut donner aucun résultat.

santeur hypogastrique, envies fréquentes d'uriner, constipation opiniâtre, accès de gastralgie, elle avait éprouvé tout cela. Traitée, inutilement, pour des ulcérations du col, elle vint à l'hôpital Saint-Louis, le 8 juin 1876 ; à ce moment, je constatai les phénomènes ordinaires de la métrite parenchymateuse chronique : augmentation de volume de l'utérus, hypertrophie du col, ulcération de sa lèvre postérieure, induration des parois ; mais il existait, en outre, un fibrome sous-séreux à gauche, on en découvrait un autre irrégulier dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Je commençai le massage car je savais déjà que s'il était incapable de diminuer le volume des corps fibreux, il agit parfois très vite sur les accidents amenés par eux. Un peu plus de deux mois après le début du traitement, l'ulcère était presque cicatrisé ; métrorrhagies notablement diminuées ; plus de constipation ni de gastralgie ; la marche était facile ; ces résultats n'étaient pas à dédaigner.

Depuis lors, j'ai appliqué souvent le procédé dans des cas analogues, et j'ai presque toujours obtenu une amélioration : c'est un palliatif qui n'a jamais d'inconvénients. Il y a, dans l'évolution des corps fibreux, des particularités consécutives à l'irritation des parois utérines qu'il produit. Les métrorrhagies, la leucorrhée et les symptômes de même ordre sont des phénomènes de métrite ; on en a raison dans

beaucoup de fibromes de petit et de moyen calibre, mais dans ceux-là seuls.

Une jeune fille de 18 ans, dont l'observation suit, était arrivée, par suite de métrorrhagies incessantes, à une anémie telle qu'on ne s'attendait guère à la remonter. Elle avait plusieurs corps fibreux ; par le massage, j'arrêtai les métrorrhagies et la remis en si bon état que, malgré mes observations, elle se mariait l'année suivante.

Il me semble que dans les fibromes intra-pariétaux la méthode a un autre effet ; qu'elle contribue à les rendre plus superficiels, c'est un avantage ; sous-séreuses, ces tumeurs grossissent plus vite, mais elles sont mieux tolérées ; intra-utérines, elles sont plus accessibles.

### Obs. CCVII

*Fibromes multiples de l'utérus. — Dysménorrhée et métrorrhagies. — Affaiblissement extrême. — Massage. — Cessation des métrorrhagies et de la dysménorrhée. — L'état général devient excellent.*

Mlle L..., 18 ans, pâle, cachectique, vient me consulter, au mois de mars 1878. Réglée pour la première fois à 14 ans, n'a vu que 4 fois depuis lors. Les périodes ont duré 5 à 6 jours, la première ne présenta rien d'anormal ; elle resta 6 mois sans voir ; au bout de ce temps, les règles revinrent brusquement, à la suite d'une frayeur et continuèrent pendant 17 jours. Dans les époques ultérieures, la durée de la période

s'est prolongée; en même temps, elle s'est accompagnée de vives douleurs dans les reins et dans les aînes, tantôt à droite tantôt à gauche, surtout violentes à l'approche de l'écoulement; elles cessent immédiatement lorsqu'il se montre. Depuis 1875, elles se sont prolongées pendant l'intervalle des époques, au point de devenir presque continues. Depuis le printemps dernier, les métrorrhagies sont incessantes à tel point qu'il est à peu près impossible de connaître le moment précis de la période menstruelle. Envies fréquentes d'uriner, dysurie; les mictions n'ont parfois lieu que tous les deux ou trois jours; les urines sont mêlées de sang. Constipation; garde-robes tous les trois ou quatre jours seulement à la suite des lavements. Sensation bizarre dans l'hypocondre droit. « Il me semble, dit-elle, que quelque chose veut remonter dans mon corps. » Névralgie pariétale double, suivie d'une dénudation étendue de cette région. Œdème des pieds et de la région des malléoles; diminue notablement, dans le repos au lit et le décubitus dorsal. Injections vaginales astringentes ou désinfectantes quand l'écoulement prend une mauvaise odeur; pas d'amélioration. A l'intérieur, fer, quinquina, ergotine, le tout sans résultat. Cette médication a été complètement impuissante et n'a jamais amené qu'une amélioration passagère. Depuis quatre mois, la malade garde le plus souvent le lit. Le sang est aujourd'hui très pâle, il se coagule difficilement; a maigri, s'est affaiblie au point de ne pouvoir marcher ou monter un escalier sans l'assistance de quelqu'un. Céphalée constante; palpitations; accès de suffocation; le moindre effort produit des étourdissements; inappétence, répugnance pour les aliments. Depuis quelques semaines, ne peut prendre autre chose que du lait, du vin et du jus de viande; sommeil irrégulier, souvent insomnies; découragement; idées de sui-

cide. Amaïgrissement extrême ; couleur terreuse de la face ; regard abattu, sans éclat.

A l'examen local, on trouve que l'utérus est légèrement déplacé en arrière : il donne au doigt pratiquant le toucher, la sensation d'une masse irrégulière, parce qu'il est le siège de plusieurs fibromes ayant en général le volume d'une noix ; plus ou moins saillants à droite et un peu en avant du corps, tumeur un peu plus grosse, du volume d'une petite poire. On introduit avec difficulté l'hystéromètre ; la cavité mesure 8 cent. 1/2. Après quinze jours de traitement par le massage, cette jeune fille déclare qu'elle perd déjà un peu moins. Au bout de six semaines, amélioration notable ; les métrorrhagies sont moindres, les autres symptômes ont également diminué. Elle peut marcher et même venir seule à la consultation. L'appétit est revenu, il est plutôt exagéré. Plus de dysurie, ni de gêne de la miction : sommeil tranquille. Elle a pris de l'embonpoint ; sous l'influence du même traitement prolongé pendant quelques semaines, les métrorrhagies s'arrêtent complètement. Les tumeurs fibreuses n'ont pas diminué de volume ; elles semblent même un peu plus saillantes qu'auparavant ; mais la masse totale de l'utérus est plus régulière et plus petite. Je revis cette personne 4 mois plus tard chez ses parents ; à mon arrivée, elle sautait à la corde avec d'autres jeunes filles de la maison ; elle a de l'embonpoint, peut marcher, faire de longues courses à pied. La menstruation s'est établie ; la période menstruelle est toujours longue ; elle dure 9 jours. Miction et garde-robes régulières et faciles. Ses parents me demandent s'ils ne pourraient donner suite à un projet de mariage. Je donnai un avis défavorable en le motivant sur la possibilité du retour des accidents. On n'en tint pas compte et cette personne se maria vers la fin de l'année. Je l'ai revue

depuis : l'état général était resté excellent; elle n'était heureusement pas devenue enceinte ; les règles revenaient régulièrement tous les mois, et duraient 9 jours, elle n'a eu qu'une seule fois deux périodes dans un mois, à la suite d'une vive émotion.

D. MANUEL OPÉRATOIRE.

On commence le plus doucement possible, et on augmente peu à peu l'énergie des pressions, en tenant compte des particularités, des cas et de la tolérance des malades. Si le tissu adipeux de la paroi abdominale a de la tendance à se résorber sous l'influence du massage, on favorisera le mieux qu'on pourra sa diminution de manière que cette paroi finisse par présenter le moins de volume et le plus de souplesse possible. La main, placée dans le vagin, soulèvera l'utérus, de manière à le rapprocher de l'autre main agissant par la paroi abdominale. De cette façon, il n'est pas nécessaire d'enfoncer profondément celle-ci, et c'est autant de souffrance d'épargnée à la patiente.

A l'approche des règles ou immédiatement après, la sensibilité locale est presque toujours augmentée ; il faut donc procéder avec plus de circonspection de prudence et de douceur à ce moment qu'à un autre.

Une suspension devient-elle nécessaire au bout de 3 à quatre semaines à cause d'une époque menstruelle ? on trouve presque toujours, lorsqu'on recom-

mence le massage, que l'état est meilleur qu'au moment où on l'a suspendu. La *vis naturæ medicatrix* augmente et dirige dans une direction favorable le travail local qui s'est produit sous l'influence des manipulations. Il vaut mieux traiter les malades à domicile que dans une policlinique ; elles peuvent se reposer le massage fait et on est dans de meilleures conditions que si elles sont obligées de faire une course plus ou moins longue à pied.

Le manuel opératoire diffère peu du toucher bimanuel, abdominal et vaginal. La première visite est consacrée à l'exploration méthodique (interrogation, toucher, examen au spéculum). Lorsque le cas rentre dans la catégorie de ceux qui peuvent être traités par le massage, on commence le lendemain. Il faut recommander à la malade de vider complètement sa vessie avant la séance.

Elle se place dans le décubitus dorsal, la tête relevée, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin. On lui recommande de respirer librement, sans effort ; on détourne son attention pour favoriser le relâchement des muscles de la paroi abdominale. Après avoir fait écarter les jambes, le masseur placé à gauche de la patiente, introduit, quand il le peut, l'index et le médius de la main gauche dans le cul-de-sac antérieur du vagin de manière à soutenir la paroi antérieure de l'utérus, tandis

qu'à travers la paroi abdominale il saisit le corps, sur lequel il exerce des frictions légères au début, un peu plus fortes ensuite. En cas de déplacement, on redressera autant que possible l'organe ; les doigts introduits profondément dans l'abdomen le maintiendront solidement, autrement il pourrait glisser, ce qui est très douloureux.

Il est quelquefois utile de presser l'utérus en le massant contre la face postérieure du pubis : c'est une façon d'exercer un massage énergique ; la vessie vide ne gêne pas.

Chez certaines personnes, l'utérus, en rétroflexion ou en rétroversion prononcée est immobilisé dans le fond de la cavité pelvienne. Je fais mettre la malade dans la position génu cubitale et quelques coups légers sur la région lombo-sacrée suffisent pour amener une rectification si l'utérus n'est pas fixé en arrière.

S'il est fixé par des adhérences anciennes, très solides et comme enchatonnées dans le bassin, il faut éviter les tentatives pour le libérer; en rompant les attaches, on provoquerait des hémorragies et, peut-être des pelvi-péritonites graves. Dans ces cas il faut favoriser par des manœuvres préalables la résorption de toute la partie de l'exsudat qui peut être résorbée de manière que l'utérus acquière quand c'est possible une mobilité parfaite. Les précautions suivantes rendront le massage plus tolérable.

1° Graduez comme les pressions sur le corps utérin quand vous l'aurez saisi ; 2° Afin de bien le saisir dans les cas difficiles, profitez de l'expiration pour enfoncer la main par la paroi et vous rapprocher de lui ; conservez, lors de l'inspiration, ce qui est gagné et enfoncez un peu plus à l'expiration nouvelle ; 3° Evitez d'augmenter par une manœuvre brusque, l'impression pénible éprouvée par la malade lorsque l'utérus est saisi à travers la paroi ; attendez un peu avant de presser. 4° Accordez toute votre attention à bien maintenir l'utérus ; c'est facile quand il est volumineux et mou ; c'est plus difficile, lorsqu'il est petit, sphéroïdal et dur.

La pression produit quelquefois des douleurs par irradiation et par voie réflexe dans les flancs, les lombes, la région ano-périnéale, l'épigastre et même la région précordiale[1] ;

J'ai toujours employé le massage isolément. A la fin de la cure seulement, lorsque l'état local était satisfaisant, j'ai, de temps en temps, conseillé un traitement hygiénique. Bien des femmes éprouvent à ce moment une déception. De très courageuses m'ont dit : « Je vais mieux, je ne perds plus, je n'ai plus mal aux reins, mais ce n'est pas tout à fait ce que j'espérais ; mes forces ne reviennent pas ; je n'ai pas d'appétit. » Je donne l'assurance que l'état général sera

1. On ne peut rien contre ces irradiations douloureuses.

excellent au bout d'un ou deux mois et je ne me trompe presque jamais; la cause enlevée, le reste est affaire de temps. L'alimentation reconstituante, le séjour à la campagne, l'hydrotérapie et les bains de mer, sont d'utiles compléments.

Le procédé est bien supporté, car les douleurs cessent vite après la séance. Jusqu'à présent, nous nous sommes trouvés dans des conditions favorables; la méthode était inconnue; les malades en avaient entendu parler à une de leurs amies qui la portait aux nues, parce qu'elle avait été guérie. Elles avaient confiance; on obtenait facilement qu'elles fissent un léger effort pour dompter la sensibilité des téguments abdominaux; ces personnes étaient pour le praticien des auxiliaires dociles et intelligentes. Je n'oserais espérer qu'il en sera de même à l'avenir; lorsque les médecins prescriront le massage utérin dès qu'il semble indiqué comme ils prescrivent les injections; en revanche, il y a lieu d'espérer que les résultats seront meilleurs, parce que le traitement sera commencé à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

Je donnai, la première fois que je m'occupai de la question, un conseil que je ne saurais trop répéter : il faut une grande douceur, au commencement de la cure, au commencement des séances. Jamais une formule ne résumera la valeur d'une méthode exigeant la dextérité que donne seule l'habitude. On peut dire

aux personnes qui veulent apprendre à masser l'utérus : Choisissez bien vos premiers cas, tout est là ; prenez de préférence des femmes maigres, chez lesquelles l'écoulement catarrhal est le symptôme prédominant. Lorsque vous en aurez guéri deux ou trois vous aurez confiance. Quand votre statistique comptera trente ou quarante cas, vous entreprendrez le massage dans des conditions où vous n'auriez même pas admis auparavant qu'il fût possible. En général, je ne fais qu'une séance de quatre à cinq minutes par jour; deux seraient préférables, si les femmes les demandaient et pouvaient les supporter. La durée moyenne du traitement varie de quarante à cinquante jours ; elle est d'autant plus courte qu'on est plus rapproché du début.

Lorsque les malades viennent me trouver un peu avant une période menstruelle, j'attends qu'elle soit passée et je commence aussitôt après, voici pourquoi : supposons que l'intervalle cataménial soit de 25 jours, je puis faire 25 séances consécutives. Dans les cas ordinaires, j'ai bien des chances de n'avoir qu'une seule interruption. Il est bon de prévenir que souvent pendant le traitement les règles avancent et se prolongent un peu.

Les principales difficultés qu'on rencontre, tiennent : 1° A l'extrême sensibilité générale et à celle de la paroi abdominale ; 2° A l'embonpoint et au météorisme ; 3° Aux déplacements ; 4° A la présence des hernies mal contenues.

5° A l'étroitesse et à la rigidité du vagin.

Celles des trois premières catégories sont relatives. Avec de l'habileté et de la persévérance de la part du praticien, la tolérance s'établit, et le procédé peut être pratiqué dans son intégralité. Il suffit de masser la paroi abdominale seule pendant quelque temps, de manière à l'habituer au contact de la main.

En cas d'étroitesse du vagin, j'introduis un seul doigt recourbé en crochet, au lieu de deux ; les poussées aiguës et subaiguës, les métro-péritonites représentent des exceptions qui n'arrivent qu'entre les mains de praticiens novices. Elles peuvent résulter de l'indocilité et d'imprudences des malades. Je leur recommande toujours de garder le repos au lit pendant la période menstruelle qui se passe durant le traitement et pendant celle qui le suit ; certaines personnes méprisent impunément cette prescription ; chez d'autres, sa négligence est suivie d'accidents inflammatoires locaux inquiétants.

Quand on a affaire à une femme nerveuse, affaiblie, il faut conseiller le repos, au lit ou sur un canapé pendant un certain temps après le massage. J'ai vu les accidents de la métrite catarrhale reparaître, lorsque la guérison semblait complète. Ces rechutes sont moins graves et moins rebelles que la maladie première.

Je ne connais que trois contre-indications absolues:

la virginité, l'inflammation aiguë ou subaiguë de l'utérus et de ses annexes, la grossesse. Nous en avons vu débuter, pendant le cours du traitement et suivre leur cours ; il ne faut pas compter là-dessus. Dès qu'une période retarde ou fait défaut, la suspension est indispensable.

On a quelquefois exprimé la crainte que la violence mécanique exercée sur l'utérus, n'amenât des complications. Je n'en ai pas eu ; la plupart de celles qu'on a signalées, à la suite du curage, étaient d'origine septique : elles sont plus à craindre, après une opération sanglante, même simple, qu'après un procédé dans lequel on ne déchire ni une fibre musculaire, ni un vaisseau ; j'ai soin, de prendre des précautions antiseptiques rigoureuses. Les accidents que j'ai vus ont été insignifiants, je pourrais me dispenser d'en parler : des ecchymoses de la paroi abdominale, de petites indurations du tissu cellulaire souscutané, douloureuses au toucher (il suffit de les éviter en massant), des vaginites si légères, qu'elles ne m'ont même pas empêché de continuer le traitement et dont j'ai eu raison avec quelques tampons à l'alun; j'ai vu deux fois des inflammations de la glande vulvo-vaginale, avec un léger mouvement fébrile et un peu de tuméfaction locale, il n'y eut pas de suppuration et après une suspension de trois jours, je pus recommencer.

### 2. — MASSAGE DANS LES AFFECTIONS DU VOISINAGE DE L'UTÉRUS OU DE SES ANNEXES.

Pour être complet je devrais traiter longuement ici la question de l'application du massage dans les périmétrites et les paramétrites. C'est peut-être dans ces affections qu'il a fourni les plus brillants résultats aux gynécologistes ; c'est à cause d'elles qu'on la préconise d'habitude. Comme j'ai l'intention de suivre la méthode que j'ai suivie pour les céphalalgies, pour les raideurs articulaires, pour l'utérus, c'est-à-dire d'étudier complètement la question dans un travail qui ne sera consacré qu'à elle, je me borne aujourd'hui à ajouter à titre complémentaire quelques courts renseignements à ceux que j'ai donnés et relatifs aux applications du procédé en général et aux modifications légères d'ailleurs que réclame le manuel opératoire.

Contre toute attente, on a des succès même dans les cas où des produits inflammatoires intra-pelviens existant depuis longtemps forment d'énormes tumeurs de consistance ferme ; mais alors, on le comprend, le traitement est long.

En aucun cas l'hydro et le pyo-salpinx ne peuvent être traités par le massage. Il n'aurait sa raison d'être que si la trompe malade était entourée d'une épaisse couche néo-membraneuse.

Le massage par la paroi abdominale seule n'est indiqué que dans les tumeurs très volumineuses.

Le manuel opératoire est à peu près le même que pour l'utérus proprement dit, c'est-à-dire que deux doigts introduits dans l'un des culs-de-sacs vaginaux soutiennent l'exsudat et le refoulent quand c'est possible, vers l'autre main agissant par la paroi abdominale. A travers cette paroi, on masse *in situ* les portions immobiles des tumeurs ; c'est difficile pour celles qui sont situées dans le cul-de-sac de Douglas. Il faut déployer une vigueur exceptionnelle et la sensibilité tactile est diminuée d'autant. On est souvent obligé d'introduire l'index droit dans le rectum pour masser directement l'exsudat.

La durée du traitement varie de 14 à 90 jours, ou plus longtemps ; la durée moyenne est de 3 à 6 semaines. Les résultats sont aussi favorables, plus favorables peut-être que dans les affections de l'utérus, surtout lorsque l'on a affaire à des cellulites pelviennes paramétrites ; les récidives sont rares.

La manœuvre fondamentale c'est la malaxation des produits inflammatoires, mais s'il existe des brides ou des cordons fibreux, on est obligé d'ajouter des tensions en différents sens.

Il faut toujours suivre une direction centrifuge, diriger les manipulations suivant le courant veineux

et lymphatique c'est-à-dire du voisinage de l'utérus vers les parties latérales du bassin. Dans les affections des ovaires les résultats du massage ont été jusqu'à présent moins favorables que dans les périmétrites et les paramétrites. Nous n'avons eu de guérisons définitives que dans les cas récents. Dans les cas très anciens, nous diminuons ou nous faisons disparaître la douleur : le volume de l'ovaire devient sensiblement moindre ; mais il est rare qu'il revienne à son état antérieur.

# TABLE DES MATIÈRES

CHATEAUROUX. — TYP. ET STÉRÉOTYP. A. MAJESTÉ.